**同　意　書**

児童の心理検査結果が必要なため、下記のとおり情報を提供することに同意します。

記

１　児童名

２　生年月日　　　　平成・令和　　　年　　　月　　　日

３　実施機関　　　　栃木県県北児童相談所

４　実施年月日　　　平成・令和　　　年　　　月　　　日

　５　情報提供先

　６　提供事項

　７　使用目的

令和　　　年　　　月　　　日

同意者　　　　　　　　　　　印

（本人との続柄：　　　　　）