

提供依頼書

令和 年 月 日

国立大学法人筑波大学心理・発達教育相談室 御中

依頼者氏名 \_\_\_\_\_

相談者との関係 \_\_\_\_\_

相談者 氏 名 \_\_\_\_\_

相談室カード番号 \_\_\_\_\_

現住所 〒 \_\_\_\_\_

連絡先 電話 \_\_\_\_\_

e-mail \_\_\_\_\_

附属学校教育局心理・発達教育相談室におけるアーレン・シンドロームの相談に関する記録（カルテ）の写しの提供に係る取扱いについて（令和 年 月 日 附属学校教育局教育長決定）第4項に基づき、相談記録の写しの提供に必要な公的証明書等を添えて第2項に定めるアーレン・シンドロームの相談に関する記録（カルテ）（以下「相談記録」という。）の写しの提供を依頼します。

【相談者情報】

1. 過去の教育相談室でのアーレン・シンドロームに関する相談の有無

- ある（平成・令和 年頃）
- ない

2. 過去に教育相談室にてアーレン・シンドロームに関する相談をした時の担当相談員（複数選択可）

- 熊谷
- 新井
- 佐藤
- 覚えていない
- その他（名前を記載してください： \_\_\_\_\_）

3. 相談記録の写しの提供を求める理由（複数選択可）

- 今、使っているレンズを、もう一度作成してほしい
- 今、使っているレンズが合わなくなったので、もう一度作り直したい
- 受験などの合理的配慮申請のため
- その他（具体的に： \_\_\_\_\_）

（裏面に続く）

## 相談記録の写しの提供に必要な公的証明書等について

相談記録の写しの提供に必要な公的証明書等		依頼者の確認ができる書類（写し） 2種類	法定代理人の資格を証明する書類（写し）	法定代理人の登記事項証明書（写し）	相談者の戸籍謄本	公正証書（写し）	委任状	相談者の確認ができる書類（写し）	郵送先住所を記入した、「レターパックプラス」
提供依頼者		注1 2	注1 3	注1	注1			注2	
相談者（15歳以上）		○	—	—	—	—	—	—	○
法定代理人	親権者	○	○	—	—	—	—	—	○
	成年後見人	○	—	○	—	—	—	—	○
	未成年後見人	○	—	—	○	—	—	—	○
任意代理人	任意後見人	○	—	—	—	○	—	○	○
	相談者の親族等 （判断能力に疑義のある相談者の 世話をしている親族等を含む）	○	—	—	○	—	○	○	○

（注1） 住民票、登記事項証明書及び戸籍謄本の写しは、90日以内に作成されたものに限ります。

（注2） 相談者及び依頼者の確認ができる書類には運転免許証のほか、パスポート、マイナンバーカードのオモテ面、在留カード、住民票、戸籍謄本、写真の入った生徒手帳や学生証等、健康保険証（資格確認証）等が該当します。

（注3） 親権者（親子関係）を証明できる書類として、住民票、戸籍謄本、母子手帳等が該当します。

- 提供依頼書及び公的証明書等は、以下住所に郵送願います。返送用のレターパックプラスを同封していただきますようお願いいたします。

〒112-0012 東京都文京区大塚3-29-1 国立大学法人筑波大学心理・発達教育相談室

- ご質問がある場合は、お電話にてご連絡ください。その際、まずアーレン・シンドロームに関する相談記録の写しの提供の依頼であることをお伝えください。

国立大学法人筑波大学心理・発達教育相談室 電話番号：03-3942-6850

対応時間：火・水・木・金・土（日・祝日除く）10：30～12：00、13：00～16：30

※委任状は、任意の様式で作成いただくことも可能です。

## 委任状

(相談者が任意代理人に委任する時の例文)

私（委任者）は、

代理人	氏 名	
	相談者との関係	任意代理人
	住 所	
	電 話 番 号	

を任意代理人として、私の相談記録の写しの提供について委任します。

年 月 日

※以下は相談者をご記入ください。

委任者 (相談者)	氏 名	
	生 年 月 日	
	住 所	
	電 話 番 号	

「事務使用欄」は未記入の状態  
で提出願います。

記入例

別記様式（第4項関係）

事務使用欄

### 提供依頼書

国立大学法人筑波大学心理・発達教育相談室 御中

請求者氏名  
今回請求した人のお名前を記入願  
います。

#### 相談者との関係

- 請求者が相談者の場合は、本人
- 請求者が相談者ではない場合は、  
法定代理人 又は 任意代理人  
と記入願います。

請求者氏名 筑波 太郎  
相談者との関係 法定代理人（親権者）  
相談者氏名 筑波 花子  
相談室カード番号 ●●●●●●●●  
現住所 〒XXX-XXXX ●●県●●市●●●●室  
連絡先電話 ●●●●-●●●●-●●●●  
e-mail ●●●●@●●●●.●●●●

附属学校教育局心理・発達教育相談室におけるアーレン・シンドロームの相談に関する記録（カルテ）の写しの提供に係る取扱いについて（令和 年 月 日 附属学校教育局教育長決定）第4項に基づき、相談記録の写しの提供に必要な公的証明書等を添えて第2項に定めるアーレン・シンドロームの相談に関する記録（カルテ）（以下「相談記録」という。）の写しの提供を依頼します。

#### 【相談者情報】

##### 1. 過去の教育相談室でのアーレン・シンドロームに関する相談の有無

- ある（平成・令和 3年頃）  
 ない

##### 2. 過去に教育相談室にてアーレン・シンドロームに関する相談をした時の担当相談員（複数選択可）

- 熊谷  
 新井  
 佐藤  
 覚えていない  
 その他（名前を記載してください： \_\_\_\_\_）

##### 3. 相談記録の写しの提供を求める理由（複数選択可）

- 今、使っているレンズを、もう一度作成してほしい  
 今、使っているレンズが合わなくなったので、もう一度作り直したい  
 受験などの合理的配慮申請のため  
 その他（具体的に： \_\_\_\_\_）

（裏面に続く）