

(様式第13号の1)

第 号
年 月 日

福島県障がい者総合福祉センター所長

長

知的障がい者巡回相談判定会の相談予定者について（送付）

このことについては、下記のとおりです。

記

開催月日		年 月 日			会場		
番号	氏名	性別	年齢	町村名	相談判定 依頼事項	相談内容	備考
1							
2							
3							
4							
5							

(事務担当 所属

職

氏名

電話

)