

(様式第12号の2)

知的障がい者巡回相談判定会予定者名簿

市町村名 _____

担当者名 _____

開 催 日	会 場
年 月 日	

番号	氏 名	性 別	年 齢	相談判定 依頼事項	相 談 内 容	次回参加の 可否	否であれば その事情
1							
2							
3							
4							
5							

(事務担当 所属 職名 氏名 電話)