

(様式第12号の2)

第 号
年 月 日

福島県障がい者総合福祉センター所長

長

知的障がい者の相談判定結果に係る情報提供について（依頼）

このことについて、別紙のとおり本人から依頼がありましたので、別紙機関へ情報提供
してください。

記

対象者氏名 (生年月日 年 月 日)

(事務担当 職 氏名 電話)