

(様式第13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

氏名

電話

)