様式第5号(第4条関係)

判定通知書

第　　　号

年　月　日

　　　　　　　　　　　　様

小野町長　　　　　　　　　　　　印

先にご相談のあった　　　　　　　　　　　　　については、専門的判定の必要がありますので下記により福島県障がい者総合福祉センターの判定を受けてください。

なお、当日は本通知書を持参して提示してください。

記

1　判定を受ける日　　　　　　　年　　月　　日(　　)　　午前・午後　　時

2　判定を受ける場所　　　ア　福島県障がい者総合福祉センター

　　　　　　　　　　　　イ　巡回相談会

　　　　　　　　　　　　　　会場(　　　　　　　　　　　　　　　　　　)

3　身体障害者手帳番号　　第　　　　　号　　　　年　月　日交付(　種　級)

4　判定依頼事項