様式第１２号（第９条関係）

措置解除通知書

番　　　　　号

年　　月　　日

（施設長）　　　　様

八頭町長

次の者に係る身体障害者福祉法第18条第３項の規定による貴施設への措置を解除したので通知します。

氏名

１　措置解除年月日

　　　　　　年　　月　　日

２　理由