様式第1号（第7条関係）

|  |
| --- |
| （表）　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　（裏） |
| 第　　号身体障害者相談員証住　　所氏　　名　上記の者は、身体障害者福祉法第12条の3の規定による身体障害者相談員であることを証明します。 　年 　月 　日から 　委託期間 　年 　月 　日まで 　　　　年 　月 　日　交付　　　　　　　　　身延町長　　　　　　　印 | 注　意　事　項1. 相談の対象は、身体障害者手帳を所

持している者に限らず、全ての身体に障害のある者であること。1. 相談業務に当たっては、身体に障害

のある者の人格を尊重し、身上に関する秘密を守ること。　　３．この証明書を紛失したときは、直ちに身延町長まで届け、再交付を受けること。４．相談員でなくなったときは、この証明書を直ちに返戻すること。 |