様式第1号（第7条関係）

|  |  |
| --- | --- |
| （表）　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　（裏） | |
| 第　　号  知的障害者相談員証  住　　所  氏　　名    上記の者は、知的障害者福祉法第15条の2の規定による知的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、療育手帳を所持して   いる者に限らず、全ての知的障害のある  者であること。   1. 相談業務に当たっては、知的障害の   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。 |