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。 |