|  |
| --- |
| 第　　号年　　月　　日身体障害者更生相談所長　様土佐清水市福祉事務所長　　先に判定を受けた　　　　　については，次のような措置を行ったので報告いたします。 |

（注）措置に係る通知書の写し等を添付すること。