|  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- |
| 意　　見　　書 | | | | | |
| 案件名 | 銚子市障害者福祉計画・  第７期銚子市障害福祉計画・  第３期銚子市障害児福祉計画(案) | | | | |
| 氏名  ※団体の場合は名称及び代表者名 |  | | | | |
| 電話番号 |  | ＦＡＸ番号 | | |  |
| メールアドレス |  | | | | |
| 住所（又は所在地） |  | | | | |
| 意見の提出日 | 年　　月　　日 | | 枚　数 | 枚（本紙を含む） | |
| 計画等に対する意見 | | | | | |
|  | | | | | |
|  | | | | | |
|  | | | | | |
|  | | | | | |
|  | | | | | |
|  | | | | | |
|  | | | | | |
|  | | | | | |
|  | | | | | |
|  | | | | | |
|  | | | | | |
| ・お寄せいただいたご意見に対する個別回答はいたしませんのでご了承ください。  ・記載していただいた個人情報は、提出された意見の内容を確認する場合に利用します。  ・ご意見などの概要を公表する際は、個人情報は公開いたしません。 | | | | | |

銚子市社会福祉課障害支援室　　ＦＡＸ　０４７９-２５-７３４５

　　　　　　　　　　　　　　提出期限　令和６年１月１９日