

「燕市障がい者基本計画、第6期燕市障がい福祉計画、第2期燕市障がい児福祉計画(素案)」についての意見書

ふりがな (必須)		
お名前 (必須)		
ご住所 (必須)		
連絡先	電話番号 (必須)	
	メールアドレス	
市外にお住まいの方の場合、通学・勤務先 (市外の方は必須)		(市外にお住まいの方のみご記入ください) (勤務先または学校名とその住所)
ご意見の内容 (必須) (文章修正の場合は、修正した文章と修正の理由もご記入ください)		
ご意見箇所 (ページ、行番号、修正する文面など)		

■ 記入上の注意 ■

- ・ご意見をいただいた方の名前、住所等は公表いたしません。
- ・ご意見に対して個別には回答いたしかねますので、あらかじめご了承ください。
- ・お名前、ご住所(市外の方は通学・勤務先)、電話番号を必ず明記してください。
- ・ご意見は日本語で提出ください。
- ・提出期限までに到着しなかった場合には、無効とさせていただきます。
- ・電話でのご意見は、原則としてお受けできません。

○提出期限 令和3年1月15日(金)必着

○提出方法【持参または郵送の場合】〒959-0295 燕市吉田西太田1934番地

燕市 健康福祉部 社会福祉課 障がい福祉係

【FAXの場合】0256-92-2119

【電子メールの場合】shakaifukushi@city.tsubame.lg.jp

(電子メールの件名は「計画(素案)意見書」とし、意見書の内容を送信してください)