

「燕市障がい者基本計画・第7期燕市障がい福祉計画・  
第3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。



▲こちらの専用  
フォームからも  
回答できます。

○提出期限 令和5年12月26日（火）必着

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

燕市役所 健康福祉部 社会福祉課 宛て

【FAXの場合】0256-77-8108

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

（電子メールの件名は「燕市障がい者基本計画・第7期燕市障がい福祉計画・第3期燕市障がい児福祉計画（素案）意見書」とし、意見書の内容を送信してください）