（参考様式）

安来市第３期障がい者基本計画（案）に関する意見

|  |  |
| --- | --- |
| 住所（所在地） |  |
| 氏名（名称及び代表者名） |  |
| 電話番号 |  |
| 性別  ※該当の欄に☑してください | □男性　　　 □女性 |
| 年齢区分  ※該当の欄に☑してください | □10 歳未満　□10 歳代　□20 歳代　□30 歳代  □40 歳代　　□50 歳代　□60 歳代　□70 歳以上 |
| 対象区分  ※該当の欄に☑してください | □安来市内に居住している  □安来市内に通勤（通所）、通学している  □安来市内に事務所・事業所を有している個人・法人、  その他団体 |

|  |  |
| --- | --- |
| 計画（案）の  該当ページ | ご意見欄 |
|  |  |

◇提出先　　〒692-0404安来市広瀬町広瀬1930番地1 安来市健康福祉センター1階

　　　　　　　　　　　 安来市役所　福祉課

　　　　　　ＦＡＸ：0854-32-9008　電話：0854-23-3216

◇提出期限　平成３０年２月２６日（月） 午後５時１５分

|  |  |
| --- | --- |
| 計画（案）の  該当ページ | ご意見欄 |
|  |  |