

「阿見町第7期障害福祉計画・第3期障害児福祉計画」(案)意見提出様式

個人の場合	住所：		氏名：
	年齢：	性別：	職業：
団体・法人の場合	所在地：		団体・法人名：
	業種：		

※「氏名」又は「団体・法人名」、「住所」又は「所在地」を必ずご記入ください。なお、氏名、住所などの個人情報公表することはありません。

■ご意見

頁	項目	意見・質問等

■提出先 ◇郵送の場合 〒300-0392 阿見町中央 1-1-1 保健福祉部社会福祉課障害福祉係
 ◇FAXの場合 029-887-9560
 ◇電子メールの場合 shakaifukushika-ofc@town.ami.lg.jp