**「第６次南風原町障がい者計画」「南風原町第７期障がい福祉計画」**

**「南風原町第３期障がい児福祉計画」素案に対する意見書**

|  |  |
| --- | --- |
| １ 氏名（必須） |  |
| ２ 住所（必須） | 〒 |
| ３連絡先（必須） | 電話：  メール： |
| ４ 資格要件  （必須） | 以下の該当する項目に１つ以上○をつけてください。  ア　町内にお住まいの方  イ　町内にある事務所又は事業所に勤務する方  ウ　町内にある学校に在学する方  エ　町内に事務所又は事業所を有する方 |
|  | |
| ５　意　見 | |
| 意見該当ページ | 意見内容 |
| 【記載例】  P○　○行目 | 意見したい内容を記載 |
|  |  |

* 提出者に関する記載事項は公表いたしません。
* 匿名、電話や口頭でのご意見については受け付けません。
* ご意見内容に対し、疑問点などがある際には、ご連絡する場合がございます。

※**提出期限は令和６年２月29日（木）17時までです**。

■問い合わせ先

　南風原町民生部保健福祉課　障がい者福祉班

受付日(町で記入します)

意見番号(町記入)

ＴＥＬ：098-889-4416　ＦＡＸ：098-888-1772

　E-Mail：H8894416S@town.haebaru.lg.jp