

「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】 PO ○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
TEL：098-889-4416 FAX：098-888-1772
E-Mail：H8894416S@town.haebaru.lg.jp

受付日(町で記入します)	意見番号(町記入)
--------------	-----------