**【ご意見提出用紙】**

嘉手納町 福祉課　障害福祉係　宛て

（ＦＡＸ：０９８－９５６－８０９４）　　　〔送付枚数　　　　　枚〕

　ご意見の内容を確認させていただくことがありますので、以下の連絡先をご記入ください。

なお、個人情報の保護については、厳正に取り扱います。

|  |  |  |
| --- | --- | --- |
| ご連絡先 | 件　　名 | 嘉手納町第６期障害福祉計画・第２期障害児福祉計画(原案)  　に対するご意見 |
| ふりがな |  |
| 氏　　名 |  |
| 住　　所 | 〒 |
| 電話番号 |  |
| ご意見内容 | 〔該当ページ・該当項目等〕  〔意見内容〕 | |