

【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 | 嘉手納町障害者計画2022(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] | |