|  |
| --- |
| **意　 見　 書** |
| 案　件　名 | （仮称）登別市障がい者支援プラン（案） |
| 氏　　名（団体の場合は、名称及び代表者氏名） |  |
| 　電 話 番 号 |  | FAX番号 |  |
| Eメール |  |
| 住　　　所（又は所在地） |  |
| 意見の提出月日 | 平成　　年　　月　　日 | 枚数 | 　　　　　枚（本紙含む） |
| **（仮称）登別市障がい者支援プラン（案）に対するご意見を記入してください。** |
|  |
| * お寄せいただいたご意見に対する個別回答はいたしませんのでご了承ください。
* 記載していただいた個人情報は、提出された意見の内容を確認する場合に利用します。また、個人情報は登別市個人情報保護条例に基づき厳重に保護・管理します。
* ご意見などの概要を公表する際は、個人情報は公開しません。
 |
| **提　出　先** |
| 部署名 | 登別市保健福祉部障害福祉グループ |
| 電話番号 | ０１４３－８５－３７３２ | FAX番号 | ０１４３－８５－１１０８ |
| Eメール | welfare2@city.noboribetsu.lg.jp |
| 住　所 | 〒059-8701　　登別市中央町６丁目１１番地 |