

〒740-8585 岩国市今津町一丁目 14 番 51 号

岩国市役所 健康福祉部 障害者支援課 障害者福祉班・障害者支援班宛

(FAX : 0827-22-2814)

「岩国市障害者計画（素案）」に関する意見提出用紙

住 所 ※		
氏 名(フリガナ) ※		電話番号 — — FAX 番号 — —
年齢 歳	性別 <input type="checkbox"/> 男性 <input type="checkbox"/> 女性	(市外在住で市内に通勤・通学している人は勤務先・学校名を記載してください)

※の欄は必ず記載してください。無記名及び匿名の場合は受付できません。

案に関するご意見等	
該当項目	ご意見等の内容

提出期限：平成 30 年 1 月 22 日（月）消印有効