**第６期伊勢原市障がい者計画・障がい福祉計画**

**及び第２期障がい児福祉計画（案）**

**パブリックコメント意見等記入用紙**

　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　記入日：令和　　　年　　　月　　　日

|  |  |  |
| --- | --- | --- |
| 氏　　名  (名　称) | (フリガナ) | |
|  | |
| 住　　所  (所在地) | 〒  　　　　　　　　　　　　　　　　電話　　　　　（　　　） | |
| 御意見等記入欄 | | |
|  | | |
| 注意事項　①提出された御意見等は、計画策定に当たって参考とさせていただきます。  　　　　　②同じ趣旨の御意見等が複数あった場合には、とりまとめて公表することがあります。  　　　　　③提出された御意見等に対し、個別の回答はいたしませんので、あらかじめ御了承ください。 | | |
| お問い合わせ先と御意見等の提出方法 | | |
| お問い合わせ先 | | 伊勢原市保健福祉部障がい福祉課  電話（0463）94-4721　 FAX　(0463) 95-7612 |
| 提出期限 | | 令和3年1月20日（水曜日）　※郵便の場合消印有効 |
| 提出方法  　下記のいずれかの方法で御提出ください。  ・郵送　　〒259-1188　伊勢原市保健福祉部障がい福祉課　宛　※住所記入不要  ・FAX　　(0463) 95-7612  ・E-mail　shien-c@isehara-city.jp | | |