

**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	
<p>下記のいずれかの方法で御提出ください。</p> <ul style="list-style-type: none"> ・ 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 	

