

# 意見提出用紙

## 第6期秋田市障がい福祉計画・第2期秋田市障がい児福祉計画（素案）

1 ご意見を提出されるかたの情報を枠内にご記入ください。

住所又は所在地		
氏名又は名称		
連絡先	<input type="checkbox"/>	電話番号
	<input type="checkbox"/>	F A X
	<input type="checkbox"/>	Eメール
※上記のいずれかを○で囲んでください		

2 ご意見をお書きください。

なお、素案のどの部分に対するご意見か分かるように、素案の該当ページもご記入くださるようお願いいたします。

該当ページ	ご意見

※枠内に書ききれない場合は、任意の様式に記載していただいて構いません。  
※意見募集終了後、お寄せいただいたご意見と、ご意見に関する本市の考え方を併せて、障がい福祉課のホームページで公表いたします。

- |         |  |
|---------|--|
| ● 回収箱   | 資料閲覧場所にある回収箱に投函                          |
| ● 郵便    | 〒010-8560 秋田市山王一丁目1番1号<br>秋田市役所 障がい福祉課 宛 |
| ● F A X | 018-888-5664                             |
| ● Eメール  | ro-wfsc@city.akita.akita.jp              |

※提出期限 令和3年1月7日（木）