

# 【ご意見提出用紙】

嘉手納町 福祉課 障害福祉係 宛て

(FAX:098-956-8094) [送付枚数 枚]

ご意見の内容を確認させていただくことがありますので、以下の連絡先をご記入ください。  
なお、個人情報の保護については、厳正に取り扱います。

ご連絡先	件名	嘉手納町第6期障害福祉計画・第2期障害児福祉計画(原案) に対するご意見
	ふりがな	
	氏名	
	住所	〒
	電話番号	
ご意見内容	[該当ページ・該当項目等]	
	[意見内容]	