第2期　障害者計画（案）に対するご意見・ご提案

井川町健康福祉課　あて

令和７年２月　　日

|  |  |
| --- | --- |
| フリガナ |  |
| 氏名又は団体名 |  |
| 住所又は所在地 |  |
| 住所が町外の場合（右のいずれかにチェックしください） | * 町に事務所又は事務所を有する個人及び法人その他の団体
* 町に通勤する方
 |
| 団体等の名称 |  |
| 電話番号（必ずご記入ください） |  |
| ご意見・ご提案 |  |

【意見等の提出方法】

１．直接提出する場合････井川町健康福祉課

２．郵送で提出する場合････〒018-1596　南秋田郡井川町北川尻字海老沢樋ノ口７８－１

　　　　　　　　　　　　　　　　　　　井川町健康福祉課　長寿福祉班

３．ファックスで提出する場合････０１８－８７４－２８９４（健康福祉課）

４．電子メールで提出する場合･････fukushi@town.ikawa.akita.jp

**※募集期間：令和７年２月３日（月）～令和７年２月１８日（火）（必着）**

※ご意見等の内容については、標記のパブリックコメント以外の目的には使用しません。

※提出されたご意見等に対し、個別の回答は行いませんので、ご了承ください。