

第5次焼津市障害者計画（案）に対する意見記入用紙

提出日 令和 年 月 日

住所 (※1)			
氏名 (※2)		年齢	歳
電話番号			
<p>※1 焼津市外に住所を有する方は、次のうち該当する番号を○で囲んでください。</p> <p>1. 市内に在勤・在学している（事業所名または学校名）</p> <p>2. 市内に事業所、事務所を有している（事業所名）</p> <p>3. 市に対して納税義務を有している</p> <p>4. 市民意見公募制度に係る事案に利害関係を有している （利害関係の内容）</p> <p>※2 法人、団体などの場合は名称及び代表者名を記載してください。</p>			
【意見】			
意見募集期間	令和6年1月22日（月曜日）～2月16日（金曜日）		
問合せ先	〒425-8502 焼津市本町2丁目16番32号 焼津市健康福祉部 障害福祉課 障害支援担当 TEL 054-631-5532 FAX 054-626-2189 Eメール shogai@city.yaizu.lg.jp		