

【ご意見提出用紙】

【送付枚数_____枚】

長崎県 福祉保健部 障害福祉課 自立就労支援班 あて
 (FAX 095-823-5082)

ご意見の内容について確認させていただくこともありますので、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	「第7期長崎県障害福祉計画・第3期長崎県障害児福祉計画」素案 に対する意見
	氏 名	
	住 所	〒
	電話番号	
< 該当箇所 > 該当ページ番号・・・ _____ ページ 該当項目名称・・・(_____)		
< 意見内容 >		