

【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6期長崎県障害福祉計画・第2期障害児福祉計画」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>