第３期榛東村障害者計画・第６期榛東村障害福祉計画・第２期榛東村障害児福祉計画（素案）

|  |  |
| --- | --- |
| **【　ご意見提出様式　】** | |
| 意見募集期間 | 令和３年３月１日（月）まで |
| 住所・所在地  *※必須* |  |
| 氏名・法人名  *※必須* |  |
| 在住・在勤等の区分  *※必須*  右欄の該当する番号に○をつけてください。 | (1)村内に住所を有する方  (2)村内に通勤、通学している方  (3)村内に事務所、事業所を有する法人その他の団体  (4)その他この計画に対して利害関係を有する方 |
| ご意見記入欄 | |
|  | |

※書ききれない場合は、裏面や別紙などにお書きください。

　【提出先】　　　榛東村健康保険課障害者福祉係

　　　郵　送　　：〒370-3593　榛東村新井790番地1

　　　ＦＡＸ　　：0279-54-8225

　　　電子メール：hoken@vill.shinto.gunma.jp