

「第 7 期隠岐の島町障がい福祉計画（第 3 期隠岐の島町障がい児福祉計画含む）」（案）に関する意見提出用紙

氏 名		年 齢	
住 所	(〒 -)		
電話番号			

頁	意 見

(裏面もご利用ください)

※提出期限 令和 6 年 2 月 1 4 日(水曜日) 必着です

※提出された原稿等は、返却できません。

□窓口：隠岐の島町役場 保健福祉課 地域福祉係（本庁①番窓口：0 8 5 1 2 - 2 - 8 5 6 1）
：各支所、出張所

□郵送：〒 6 8 5 - 8 5 8 5

隠岐郡隠岐の島町下西 7 8 番地 2

隠岐の島町役場 保健福祉課 地域福祉係 宛

□FAX：0 8 5 1 2 - 2 - 6 6 3 0

□メール：hokenfukushi@town.okinoshima.shimane.jp

(必ず、件名「障がい福祉計画」等をご記入ください。)

頁	意 見