**「第7期障がい福祉計画・第3期障がい児等福祉計画」（素案）**

|  |  |
| --- | --- |
| 氏　　名(団体の場合は名称及び代表者名) |  |
| 住　　所 |  |
| 連絡先 | 電話番号　：FAX　：メールアドレス　： |
| ご意見 |  |
| 募集期限 | 令和6年３月18日（月）17：15まで　※郵送の場合は当日必着 |
| 提出先 | 郵送 | 〒895-2511　伊佐市大口里1888番地伊佐市　福祉課　障がい者支援係 |
| FAX | 0995-22-5035　伊佐市　福祉課　障がい者支援係あて |
| メールアドレス | f-syogai@city.isa.lg.jp |
| 持参 | 伊佐市役所　福祉課　障がい者支援係　（大口庁舎）伊佐市役所　地域総務課　総務振興係　（菱刈庁舎） |

※　ご意見の公表の際には、ご意見の内容以外（住所、氏名等）は公表しません。