（参考様式）

**第６期岩手県障がい福祉計画・第２期岩手県障がい児福祉計画（案）についての**

**意見提出用紙**

|  |  |
| --- | --- |
| お住まいの市町村 |  |
| 氏　名 |  |

〇　提出していただいた御意見は、**パブリック・コメントによる御意見として取り扱い**、御意見に対する県の考え方と併せて、**ホームページ等で公表**します。

〇　上記公表に当たっては、**氏名は一切公表しません**。

〇　御意見に対する**個別の回答は行いません**ので、あらかじめ御了承願います。

|  |  |
| --- | --- |
| 御意見 |  |

※　本様式を活用して、以下の方法により提出することができます。

郵　送：〒020-8570　盛岡市内丸10番１号　岩手県保健福祉部障がい保健福祉課

　　　ＦＡＸ：０１９－６２９－５４５４

　　　電子メールの場合：AD0006＠pref.iwate.jp

※　御意見の提出につきましては、任意様式でも構いません。