

瀬戸内町障害者計画及び第6期障害者福祉計画・第2期障害児福祉計画（案）に対する
パブリックコメント
意見記入用紙

令和 年 月 日 提出

氏名（名称）	
住所（所在地）	〒
電話番号	※ご意見の内容等を確認するために、連絡させていただくことがあります。
意見	

提出期限：令和3年2月19日（金）17時まで（※必着）

お問い合わせ先
瀬戸内町保健福祉課福祉係 担当：積
TEL 0997-72-1068