**一宮町第５期障害福祉計画第１期障害児福祉計画（素案）について**

|  |  |
| --- | --- |
| 住所 |  |
| （ふりがな）  氏名 |  |
| 電話番号 |  |
| 職業 |  |

|  |  |
| --- | --- |
| 該当ページ等 | 意見・提言等 |
|  |  |

※　意見・提言等の内容を確認させていただくことがありますので、住所、氏名、電話番号の記入をお願いします。

　　提出された方の個人情報を公表することはございません。

【提出期限】平成３０年１月３１日（水）

【提出先】　〒299-4396

　　　　　　一宮町一宮２４５７

　　　　　　一宮町役場福祉健康課　福祉係

　　　　　　welfare@town.ichinomiya.chiba.jp