加西市　地域福祉課　行

TEL：0790-42-8725 FAX：0790-43-1801

**「第３期加西市手話施策推進計画（素案）」に対するご意見**

|  |  |
| --- | --- |
| 氏名(団体の場合は名称及び代表者名) | 連絡先（電話番号） |
| 住所又は所在地（住所が市外の場合、該当するものを選んで番号に○をつけてください。）1．市内在勤　　　2．市内在学　　　3．その他 |

上記の記述がないものは受付できませんので、ご注意ください。上記の情報は公表しません。また、意見募集（パブリックコメント）にのみ使用します。

|  |
| --- |
| ご意見 |
|  |
|  |
|  |
|  |
|  |
|  |
|  |
|  |
|  |
|  |
|  |
|  |
|  |
|  |

※ご意見の応募期間は、令和６年３月１日（金）～３月２５日（月）までです。

　○提出方法　　郵送・ＦＡＸ・メール・もしくは加西市福祉部地域福祉課まで持参

　○お問合せ先　加西市福祉部地域福祉課

　　　　　　　　住　所　〒675-2395　加西市北条町横尾1000番地

　　　　　　　　TEL　0790-42-8725　FAX　0790-43-1801

　　　　　　　　Mail　shogaifukushi@city.kasai.lg.jp