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<br>（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<br><br>（住所が市外の場合、該当するものを選んで番号に〇をつけてください。）<br>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。

〇提出方法　　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
〇お問合せ先　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