

## 岩内町障害者計画・

## 第7期 岩内町障害福祉計画・

## 第3期 岩内町障害児福祉計画（素案）

## についてご意見をお聞かせください

この計画に対するご意見を裏面に記入の上、令和6年3月1日（金）までに、備え付けの回収箱に入れるか、岩内町役場健康福祉部社会福祉課【7番窓口】へご持参もしくは郵送・FAX・電子メールでご提出願います。

いただいたご意見は、計画策定の参考にいたします。

・提出期限：令和6年3月1日（金）まで

・提出先：備え付けの回収箱

または 岩内町役場 健康福祉部社会福祉課 障がい福祉係 【7番窓口】

・提出方法：持参または郵送 〒045-8555 岩内町字高台134番地1

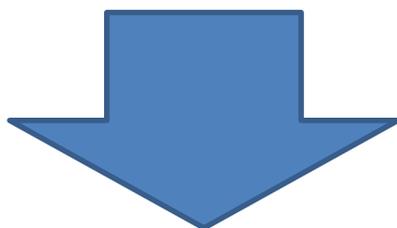
岩内町役場健康福祉部社会福祉課（障がい福祉係）

FAX（番号）0135-67-7083

メール（アドレス）fukushi@town.iwanai.lg.jp

－お問合せ－ 岩内町役場 健康福祉部社会福祉課（障がい福祉係）

☎ 0135-67-7083



裏面をご確認下さい。

ご意見をお書き下さい

差し支えなければ、性別、年齢をご記入願います。

性別： 男性 ・ 女性      年齢        歳      ありがとうございました。