

第 7 期松江市障がい福祉計画・第 3 期障害児福祉計画（素案）に
ついてのご意見・ご質問・ご指摘

令和 年 月 日

委員 ご氏名

【ご意見等記入欄】

該当箇所（ページ） 編・章・節・項	ご意見等内容

※ご氏名とご意見等の該当箇所と内容が分かれば、様式は問いません。

※記載欄が不足する場合は、別紙を添付してください。

◎ご意見等は、下記まで郵送・FAX・Eメールのいずれかの方法でお寄せ願います。

〒690-8540 松江市末次町 86 番地 松江市 健康福祉部 障がい者福祉課

電話 (0852) 55-5304 FAX (0852) 55-5309 Eメール s-fukushi@city.matsue.lg.jp