

別紙

提出先 FAX 076-225-1429（石川県健康福祉部障害保健福祉課）

「障害者施設における防災計画作成指針(案)」について 【意見様式】			
構成団体等名			
氏 名		電話番号	
住 所			
性 別	☐ 男 ☐ 女	年 齢	☐ 20 歳未満 ☐ 20 歳代 ☐ 30 歳代 ☐ 40 歳代 ☐ 50 歳代 ☐ 60 歳代 ☐ 70 歳以上
職 業	☐ 会社員・団体職員 ☐ 自営業 ☐ 介護従事者 ☐ 主婦 ☐ 学生 ☐ 教員・公務員 ☐ その他（ ）		
項 目	☐ 第 1 章 はじめに ☐ 第 4 章 災害発生時のこころのケア ☐ 第 2 章 平時の災害対策（災害予防） ☐ 第 5 章 福祉避難所としての対応 ☐ 第 3 章 災害発生時の対応 ☐ その他		
【ご意見】			

注：ご意見は、1 項目につき 1 枚でお願いいたします。

記入欄が不足する場合は、用紙を追加してご記入ください。