

別紙

提出先 FAX 076-225-1429 (石川県健康福祉部障害保健福祉課)

「いしかわ障害者プラン2019(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	<input type="checkbox"/> 男 <input type="checkbox"/> 女	年齢	<input type="checkbox"/> 20歳未満 <input type="checkbox"/> 20歳代 <input type="checkbox"/> 30歳代 <input type="checkbox"/> 40歳代 <input type="checkbox"/> 50歳代 <input type="checkbox"/> 60歳代 <input type="checkbox"/> 70歳以上
職業	<input type="checkbox"/> 会社員・団体職員 <input type="checkbox"/> 自営業 <input type="checkbox"/> 農林漁業 <input type="checkbox"/> 主婦 <input type="checkbox"/> 学生 <input type="checkbox"/> 教員・公務員 <input type="checkbox"/> その他		
項目	<input type="checkbox"/> 第1部 プランの基本的考え方 <input type="checkbox"/> 第4部 プランの数値目標・見込量 <input type="checkbox"/> 第2部 障害者を取り巻く現状と課題 <input type="checkbox"/> その他 <input type="checkbox"/> 第3部 施策の推進方策		
【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。