

別紙

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

「石川県手話言語条例」(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
項目	<input type="checkbox"/> 1. 条例提案の趣旨 <input type="checkbox"/> 2. 目的 <input type="checkbox"/> 3. 基本理念 <input type="checkbox"/> 4. 県の責務 <input type="checkbox"/> 5. 市町の責務 <input type="checkbox"/> 6. 県民等の役割 <input type="checkbox"/> 7. 事業者の役割 <input type="checkbox"/> 8. 施策の策定及び推進	<input type="checkbox"/> 9. 手話を学ぶ機会の確保 <input type="checkbox"/> 10. 学校における取組の推進 <input type="checkbox"/> 11. 手話通訳を行う人材の育成 <input type="checkbox"/> 12. 手話による情報発信等 <input type="checkbox"/> 13. 事業者への支援 <input type="checkbox"/> 14. 手話に関する調査研究 <input type="checkbox"/> 15. 財政上の措置 <input type="checkbox"/> 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。