

FAX送付先（送信票は不要です。）
（045）201-2051
神奈川県保健福祉局福祉部障害福祉課 担当：長澤宛
募集締切 平成27年1月29日（必着）

「神奈川県における障害を理由とする差別の解消の推進に関する対応要領（素案）」に対するご意見回答用紙

| | |
|---------------|--|
| 団 体 名 | |
| 担 当 者 氏 名 | |
| 連 絡 先 電 話 番 号 | |

ご意見内容

| 素案ページ・行番号 | 内容 |
|-----------|----|
| | |
| | |
| | |

- ※ 貴団体で、ご意見を取りまとめのうえ、ご提出ください。
- ※ ご意見内容は、回答用紙以外に記載いただき、添付していただいてもかまいません。
- ※ ご提出いただきましたご意見に対して、個別に回答は行いません。