「第７期郡山市障がい者福祉プラン（案）」に対する提案様式

意見募集期間：令和８年 12 月４日（金）～令和９年１月４日（月）

保健福祉部障がい福祉課　行

ファクシミリ：０２４―９３３－２２９０
E-mail：shougaifukushi@city.koriyama.lg.jp
郵送：〒９６３－８６０１（住所不要）郡山市障がい福祉課　宛て（１/４必着）

お 名 前　※	
ご 住 所　※	
電話番号　※	
ファクシミリ番号	
メールアドレス	
勤務先・学校名	
意 見 内 容	

※　お名前、ご住所、電話番号は必ず御記入ください。

□　任意の様式により提出していただいても結構です。
□　御意見の提出にあたり、取得した個人情報につきましては、個人情報保護関係諸法令に則り、適切に取り扱い、管理いたします。