

「第6期郡山市障がい者福祉プラン（案）」に対する意見提出様式

意見募集期間：令和5年12月4日（月）～令和6年1月4日（木）

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、郡山市個人情報保護条例及び郡山市個人情報保護条例施行規則に則り、適切に取り扱い、管理いたします。