

提出日：令和3年 月 日

## 「御殿場市第6期障害福祉計画及び第2期障害児福祉計画」(案)に関する意見

団 体 名 (法人その他団体の場合)	
氏名又は代表者名	
住 所 ※1	
電 話 番 号	
※1 市外に住所を有する方は、次のうち該当する番号を○でお囲み下さい。 (1) 市内に事務所又は事業所を有している(事務所名： ) (2) 市内に勤務、通学している(事務所又は学校名： ) (3) 市に納税している (4) 本事案に利害関係を有している (内容： )	
問い合わせ先	御殿場市健康福祉部社会福祉課 〒412-8601 御殿場市萩原483番地 TEL：0550-82-4238 メールアドレス：fukushi@city.gotemba.lg.jp