

「沖縄県障害福祉計画（第3期）（案）」に対する意見書

氏名又は団体名 (必須)	
住所又は所在地 (必須)	
連絡先 (必須)	電話番号： ()
	電子メールアドレス：
意見の内容	
該当箇所	
意見内容	

※ 電子メールアドレスを所持していない場合は、記載の必要はありません。

※ 「該当箇所」欄には、「沖縄県障害福祉計画（第3期）（案）」の該当するページを記載して下さい。ページが特定できない場合、どの分野（項目）に対する意見かわかるように記載して下さい。

※ 「意見内容」欄に入りきらない場合は、別紙に記載していただいても構いません。

平成24年3月14日（水）

〔提出期限〕 ~~平成24年3月9日（金）必着~~

〔提出先〕

〒900-8570

沖縄県那覇市泉崎1丁目2番2号

沖縄県福祉保健部障害保健福祉課（電話：098(866)2190）

FAX：098(866)6916 ※ 念のため、必ず到達確認をお願いします。

MAIL:aa029017@pref.okinawa.lg.jp

※ メール件名は、「【提出】沖縄県障害福祉計画（案）に対する意見」として
ください。