（参考様式）

パブリックコメント意見提出

計　　画　　名	「第７期鹿嶋市障がい福祉計画・第３期鹿嶋市障がい児福祉計画」（案）
氏　　名（名　称） 法人等の場合はあわせて担当者氏名を記載してください。	
住　　所（所在地）	
連　　絡　　先	TEL　　（　　）

※上記氏名・住所等の記載のない御意見には，内容確認等の都合上対応できない場合がありますので必ず記載くださいますようお願いいたします。

【御意見等を記入してください】

〇受付期限　　令和６年１月１５日（月）必着

〇意見受付先

〒３１４－８６５５　　鹿嶋市平井１１８７番地１

鹿嶋市　健康福祉部　生活福祉課

ＦＡＸ　０２９９－７７－７８６５

電子メール　seikatsu1@city.ibaraki-kashima.lg.jp