

**築上町手話言語条例（案）について
みなさんのご意見・ご提案をお聞かせください。**

ふりがな		性 別	年 齢
氏 名		男 ・ 女	満.....歳
住 所			(町外在住の場合) 在勤・在学
連絡先 (電話番号)			
勤務先 住所	※町外在住の方は勤務先住所を記入してください		

◆意見記入欄

意見をする条	意見内容

※ご提出いただいた意見は、原則として、個人情報を除き公表します。

【提出先】 築上町役場 保険福祉課 障がい者支援係
〒829-0392 築上町大字椎田891番地2
TEL : 0930-56-0300 (内線164) FAX : 0930-56-0334
Eメール : syogaisya@town.chikujo.lg.jp