

意 見 書

年 月 日

福岡県福祉労働部障がい福祉課企画管理・給付係 あて

郵便番号：〒-----

(ふりがな)

住 所：-----

(ふりがな)

氏 名：-----

電話番号：-----

電子メールアドレス：-----

案に関し、以下のとおり意見を提出します。

(別紙に記載する場合は「別紙に記載」と記載し、意見を記載した別紙を添付してください。)

注1 法人又は団体にあっては、その名称及び代表者の氏名を記載してください。

注2 用紙の大きさは、日本産業規格A列4番としてください。別紙に記載する場合は、ページ番号を記載してください。