

(様式)

「長野県障がい者プラン2024(素案)」に対する意見等

氏名・団体名(※)			
住所・所在地(※)			
e-mail アドレス(※) もしくは 電話番号(※)			
ページ No.	該当項目	ご意見の内容	理由

○ ご意見をお受けする期間 令和6年1月26日(金)～2月25日(日)

○ (※)印欄については差し支えない範囲でご記入ください。  
なお、御意見への回答を公表する際には(※)印欄については掲載しません。  
いただいた個人情報は、他の目的には一切使用しません。