

(仮称) 手話及び点字等による情報取得及び意思疎通に係る条例(素案)に対する意見応募用紙

提出期間：令和2年12月15日(火)～令和3年1月19日(火) <必着>
担当：鎌倉市健康福祉部障害福祉課

住所	(住所が市外の場合は、市内の勤務先や学校の名称等を記入してください。)
氏名	
法人・その他団体等の名称	(法人・その他団体等の場合は記入してください。個人の場合は空欄で構いません。)
電話番号(連絡先)	
区分 (該当するものにチェックしてください。)	<input type="checkbox"/> 市内に住所を有する方 <input type="checkbox"/> 市内の事務所又は事業所に勤務する方、市内に事務所又は事業所を有する方 <input type="checkbox"/> 市内の学校に在学する方 <input type="checkbox"/> 市に対し納税義務を有する方 <input type="checkbox"/> この事案に利害関係を有する方(理由を記載してください。) (理由：)
意見記入欄(欄が足りない場合は、別紙に記載し、添付してください。)	