**（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。） | □　市内に住所を有する方  □　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  □　市内の学校に在学する方  □　市に対し納税義務を有する方  □　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。） | |
|  | |