

年 月 日

（宛先）小金井市長

住所

氏名

（法人等の場合は、事務所の所在地
及び名称並びに代表者の氏名）

電話番号（ ） ー

小金井市障害者差別の解消に係る意見書

年 月 日付け小 発第 号により勧告のあった障害者に対する差別の解消について、障害のある人もない人も共に学び共に生きる社会を目指す小金井市条例施行規則第9条第2項の規定により、次のとおり意見を述べます。

1 公表（勧告） の原因となる事 実その他当該事 案の内容につい ての意見	
2 備考	

※ 記入欄が不足する場合は、別紙に記載して添付してください。