

意見・提案シート

◆地域自立支援協議会の検討内容についてご意見・ご提案がありましたら、以下にご記入の上、自立生活支援課にご提出ください。開催日の3日前までに届いたものを、資料として配付します。

.....
.....
.....
.....
.....
.....
.....
.....
.....
.....
.....
.....
.....
.....
.....
.....
.....
.....
.....

提出日 年 月 日

氏 名 _____

※原文のまま配付しますので、氏名についても公開の対象となります。無記名の場合は参考資料として委員に配付します。

(送付先)

小金井市福祉保健部自立生活支援課 担当：中野目
〒184-8504 小金井市本町6-6-3 連絡先：042-387-9848
FAX：042-384-2524 E-mail：s050299@koganei-shi.jp