案件に対するご意見

令和　　年　　月　　日

ご住所（又は所在地）

お名前（又は名称）

案件名（泉大津市手話言語条例（案）の概要）

ご意見

|  |
| --- |
|  |
|  |
|  |
|  |
|  |
|  |
|  |
|  |
|  |
|  |

提出方法

（郵　　送）〒595-8686　泉大津市東雲町9番12号

泉大津市保険福祉部障がい福祉課

（ファクス）0725-33-7780

（電子メール）syougaifukushi@city.izumiotsu.osaka.jp

※閲覧場所に設置した所定の意見提出箱に投函することも可能です。

（閲覧場所）情報公開コーナー（市役所1・4階）、障がい福祉課、

　　　　　　南・北公民館、シープラ、総合体育館、福祉センター

募集期間：令和4年11月28日（月）～令和4年1２月27日（火）