

意見等の提出書

案 件 名 (※必須)	(仮称)帯広市手話言語条例 (素案)
住 所 (※必須)	
氏 名 (※必須)	
電 話 番 号	
意見等提出者の区分 (※必須) (上記「住所」欄が市外の方は、該当する番号に○印をしてください。)	1 市内に通勤または通学している。 2 市内に事務所または事業所を持っている。 3 当該案件に利害関係がある。
(意見等の記入欄)	

※この様式をご使用の方はファクスか郵送、または直接下記の担当課へご持参ください。

【提出先・問い合わせ先】

〒080-8670 帯広市西5条南7丁目1番地

保健福祉部 障害福祉課 TEL:0155-65-4147 (直通) FAX:0155-23-0163

※必須項目については、必ずご記入ください。

※法人その他の団体にあつては、「住所」欄に事務所または事業所の所在地、「氏名」欄に名称および代表者の氏名をご記入ください。

※意見等記入欄が足りないときは、別紙を添付してください。