

群馬県障害を理由とする差別の解消の推進に関する条例の
一部改正（案）に関する意見について

令和 年 月 日

氏名（法人・団体名）	
代表者氏名（法人又は団体の場合）	
住所（所在地）	
連絡先（電話番号又はメールアドレス）	

番号	御意見

【記入上の注意事項】

- ・別紙「群馬県障害を理由とする差別の解消の推進に関する条例（改正案全文）」を参考にし、御意見のある項目の番号（第1から第31）を回答欄の「番号」に御記入の上、御意見を記入し、御提出ください（特定の項目に関わりのない自由意見は、番号99を御記載ください）。
- ・A4サイズであれば任意の様式でも構いません。その場合、(1)項目の番号(2)御意見の2点を御記入いただくとともに、原則として、氏名及び住所（法人又は団体の場合は、名称、代表者の氏名及び所在地）並びに連絡先（電話番号又は電子メールアドレス）を記載してください。
- ・匿名での意見提出は、お受けできません。

【提出先】

群馬県健康福祉部障害政策課社会参加推進係
〒371-8570 群馬県前橋市大手町1-1-1
FAX 027-224-4776
電子メールアドレス shougai@pref.gunma.lg.jp

※郵送の場合は、封筒に「差別解消条例の一部改正に関する意見について」と明記してください。