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。