下諏訪町障がい福祉計画・障がい児福祉計画策定委員募集用紙

事務局記入欄	
受付日	
整理番号	

（ふりがな）		男・女	年　月　日生 （　歳）
氏　名			
住　所	〒３９３－ 下諏訪町		
職業等	（職　業）	（勤務先名）	
電話番号	（自　宅）	（勤務先）	

●日頃の障がい福祉に関するお考え、ご意見等をお書きください。

※下諏訪町　保健福祉課　福祉係　宛に、ご提出ください。