**「長野県障がい者プラン2024(素案)」に対する意見等**

|  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- |
| 氏名・団体名（※） | |  | |
| 住所・所在地（※） | |  | |
| e-mailアドレス（※）  もしくは  電話番号（※） | |  | |
| ページNo. | 該当項目 | ご意見の内容 | 理由 |
|  |  |  |  |

○　ご意見をお受けする期間　　 令和６年１月26日（金）～２月25日（日）

* （※）印欄については差し支えない範囲でご記入ください。

なお、御意見への回答を公表する際には（※）印欄については掲載しません。

　　 いただいた個人情報は、他の目的には一切使用しません。