地域自立支援協議会

意見・提案シート

◆地域自立支援協議会の検討内容についてご意見・ご提案がありましたら、以下にご記入の上、自立生活支援課にご提出ください。開催日の３日前までに届いたものを、資料として配付します。

提出日　　年　　月　　日

氏　名

※原文のまま配付しますので、氏名についても公開の対象となります。無記名の場合は参考資料として委員に配付します。

（送付先）
小金井市福祉保健部自立生活支援課　担当：大久保
〒１８４－８５０４　小金井市本町６－６－３　　連絡先：０４２－３８７－９８４８
FAX：０４２－３８４－２５２４　　E-mail：s050299@koganei-shi.jp