

# 意見提出用紙

題名	(仮称)北見市手話言語条例(素案)		
氏名 (団体の場合は、名称及び代表者名)			
住所(所在地)			
電話番号		FAX番号	
E-Mailアドレス			
意見の提出日	令和 年 月 日	枚数	枚(本紙を含む)
意見等提出者の区分(該当する番号に印をしてください)	1 市内に住所を有する方 2 市内に事務所又は事業所を有する個人、法人その他団体 3 市内にある事務所又は事業所に勤務する方 4 市内にある学校に在学する方		
意見			
<ul style="list-style-type: none"> <li>・ 印のついている欄は、必ず記入してください。</li> <li>・ お寄せいただいたご意見に対する個別回答はいたしませんのでご了承ください。</li> <li>・ 記載していただいた個人情報は、提出された意見の内容を確認する場合に利用します。 また、個人情報については「北見市個人情報の保護に関する条例」に基づき適正に取り扱います。</li> </ul>			
<p>～提出先(問合せ先)～</p> <p>〒090-8509 北見市大通西2丁目1番地 まちきた大通ビル4階          北見市保健福祉部 障がい福祉課 総務係          TEL:0157 25 1136 FAX:0157 26 6323 E-Mail:shogai Fukushi@city.kitami.lg.jp</p>			

本意見書は令和元年10月31日(木)までにご提出ください。  
 提出方法は、郵送・FAX・電子メール・持参のいずれかの方法により提出ください。