

(意見提出様式)

聴覚障害の認定方法の見直し（案）に対する意見

厚生労働省障害保健福祉部企画課あて

住 所 : \_\_\_\_\_

氏名(※) : \_\_\_\_\_

電話番号 : \_\_\_\_\_

アドレス : \_\_\_\_\_

(※) 法人・団体にあつては、その名称及び代表者の氏名を記載してください。

〔 意 見 〕