

(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・団体にあっては、その名称及び代表者の氏名を記載してください。

[ 意 見 ]