

障害者差別解消法に基づく対応要領案に関する意見募集について

平成 27 年 11 月

独立行政法人地域医療機能推進機構

1. 意見募集の目的

障害を理由とする差別の解消の推進に関する対応要領（以下「対応要領」という。）については、「障害を理由とする差別の解消の推進に関する法律」（平成 25 年法律第 65 号）に基づき法人が定めることとされており、この度、独立行政法人地域医療機能推進機構において対応要領の案を作成しました。つきましては、対応要領を定める上での参考とするため、以下のとおり御意見を募集いたします。

2. 意見募集の対象

独立行政法人地域医療機能推進機構における障害を理由とする差別の解消の推進に関する対応要領（案）

3. 意見募集に当たっての参考資料

障害を理由とする差別の解消の推進

<http://www8.cao.go.jp/shougai/suishin/sabekai.html>

4. 意見提出期間

平成 27 年 11 月 5 日(木) ～ 12 月 4 日(金)

5. 意見提出方法

御意見は、理由を付して、次に掲げるいずれかの方法により提出してください。

なお、電話での受付はできませんので、御了承ください。

○ 電子メール（締切日必着）

以下の宛先に、意見提出用紙を送付してください。

pub-comme@jcho.go.jp

○ 郵送（締切日当日消印有効）

以下の宛先に、意見提出用紙を送付してください。

〒108-0074 東京都港区高輪 3-2-2-12

独立行政法人地域医療機能推進機構

本部 総務部総務課「意見募集」係あて

○ ファクシミリ（締切日必着）

以下の番号に、意見提出用紙を送信してください。

ファクシミリ番号：03-5791-8257

独立行政法人地域医療機能推進機構

本部 総務部総務課「意見募集」係あて

6. 注意事項

- 提出いただく御意見は、日本語に限ります。
- 御意見を提出していただく場合は、意見提出用紙に以下の事項を記載されるようお願いいたします。

なお、意見提出用紙への利用が困難な方は、任意様式に以下の情報を記入のうえ、送付してください。

- ・ 件名「障害者差別解消法に基づく対応要領案に関する意見」
 - ・ 氏名（法人の場合は、法人名及び連絡担当者名）
 - ・ 住所、電話番号、ファクシミリ番号、
電子メールアドレス
 - ・ 意見（理由も含め1,000文字以内）
 - ・ 理由（可能であれば、根拠となる出典等を添付又は明記してください。）
- 郵送の場合、封筒表面に「障害者差別解消法に基づく対応要領案に関する意見」と朱書きしてください。

- 御意見に対し、個別の回答は行いません。
- 御意見については、提出者の氏名や住所等、個人を特定できる情報を除き、公表させていただく場合がありますので、あらかじめ御了承ください。
- 個人情報の保護については、適正な管理を行うとともに、他の用途には使用いたしません。