

「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）」に対する意見

氏 名	(企業・団体の場合は、企業・団体名、部署名 及び 担当者名)
住 所	
電話番号	
ファクシ ミリ番号	(設置されている場合のみ)
電子メール アドレス	

[ ご意見 ]

○ 該当箇所（どの部分についての意見か、該当箇所が分かるように明記してください。）

○ 意見内容

○ 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。）