

## 調査票（障害者計画改定に向けた障害者団体等ヒアリング）

（所属）団体名	連絡先住所					
	代表者電話番号					
	担当者名					
	メールアドレス					
団体構成人数（利用者 名 うち市内在住者 名）（職員数 名） 利用者の年齢（ 歳～ 歳） 障害区分など（ ）						
団体の活動内容（内容、活動日、時間など簡単にご紹介ください）						
（記入例）	項目	計画改定にあたってのご意見				
1	まちづくりについて	市民への障害者理解を促進する施策を充実してほしい。				
グループヒアリングへの参加意向（ ①あり ・ ②なし ） ※ありの場合、下の各欄にもご記入ください。						
こちらの調査票をご返送（返信）ください。ご協力いただきありがとうございます。						
参加予定者	1	2	3			
備考						
※会場の都合上、1団体3名以内でお願いいたします。 ※手話・要約筆記・車椅子の必要な方は、備考欄にご記入ください。 ※オンライン（Zoom等）でヒアリングを希望される場合は、「オンライン希望」の有に“○”をお願いします。 ※用紙が不足する場合は、別の用紙に記入いただいても構いません。						
グループヒアリングの実施日について、下表のうち参加可能な日すべてに○をつけてください。 →日程調整のうえ、後日日時をご連絡いたします。						
	6月15日(木)	6月16日(金)	6月19日(月)	6月20日(火)	6月21日(水)	オンライン希望
午前						有 ・ 無
午後(17時まで)						

6月12日(月)までにご返送いただければ幸いです。ご協力ありがとうございました。