ヘルプマーク利用レポート

|  |
| --- |
| ヘルプマークを利用し，体験したこと，感じたことなどの声をお寄せください。  記入しない箇所があっても構いません。また，この用紙を使用しなくても結構です。  （募集期間　2018年12月3日～2019年12月31日）  宛先　宮城県 保健福祉部 障害福祉課 企画推進班  ＦＡＸ：022-211-2597　メール：syoufukup@pref.miyagi.lg.jp  郵　送：〒980-8570　仙台市青葉区本町３丁目８－１  お問い合わせ先：022-211-2538（直通） |

|  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- |
| 御記入  いただいた方の情報 | 障害の内容 |  | | |
| 報告時年齢 | 歳 | 性別 |  |
| 状況 | 時期（○年○月ころなど） |  | | |
| 場所（電車，スーパーなど） |  | | |
| 体験や感想 |  | | | |
|  | | | | |

※１　御記入いただいた方の氏名や住所は記載不要です。

※２　お寄せいただいた声については，ヘルプマークの普及啓発の取組の参考とし，個別に回答はいたしません。また，個人情報がわからないよう加工した上で，県のホームページ等で公表することがあります。