

障害者座別解消法に係る預金保険機構の対応要領（改正案）に対する意見

(フリガナ) 氏 名	
所属（団体名）	
住 所	
電話番号	
メールアドレス	
御 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。)
	(御意見)
	(理由) (可能であれば、根拠となる出典等を添付又は併記してください。)