**様式１**

**ＦＡＸ　０８７－８０６－０２４０**

　香川県障害福祉課　総務・県立施設グループ　行き

**行政機関窓口等において経験された障害者差別にあたると思われる事例**

**回　　答**

団体名

担当者名

【総合計　　　　件】　　　　　　　　　　　　 電話

|  |  |  |
| --- | --- | --- |
| １ | 年齢（　　　　歳代）　□男性　　□女性　　　住所地（市町名　　　　　市・町）  障害の内容：□身体障害　□知的障害　□精神障害　□その他（　　　　　　　）  **↓**  □視覚　□聴覚　□音声・言語　□肢体不自由　□内部 | |
| 障害者差別にあたると思われる事例 |  |
| ２ | 年齢（　　　　歳代）　□男性　　□女性　　　住所地（市町名　　　　　市・町）  障害の内容：□身体障害　□知的障害　□精神障害　□その他（　　　　　　　）  **↓**  □視覚　□聴覚　□音声・言語　□肢体不自由　□内部 | |
| 障害者差別にあたると思われる事例 |  |
| ３ | 年齢（　　　　歳代）　□男性　　□女性　　　住所地（市町名　　　　　市・町）  障害の内容：□身体障害　□知的障害　□精神障害　□その他（　　　　　　　）  **↓**  □視覚　□聴覚　□音声・言語　□肢体不自由　□内部 | |
| 障害者差別にあたると思われる事例 |  |

※欄が不足する場合はコピーしてください。

**様式２**

**ＦＡＸ　０８７－８０６－０２４０**

　香川県障害福祉課　総務・県立施設グループ　行き

**行政機関窓口等において経験された合理的配慮の好事例**

**回　　答**

団体名

担当者名

【総合計　　　　件】　　　　　　　　　　　　 電話

|  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- |
| １ | 年齢（　　　　歳代）　□男性　　□女性　　　住所地（市町名　　　　　市・町）  障害の内容：□身体障害　□知的障害　□精神障害　□その他（　　　　　　　）  **↓**  □視覚　□聴覚　□音声・言語　□肢体不自由　□内部 | | |
| 好事例 |  | |
| ２ | 年齢（　　　　歳代）　□男性　　□女性　　　住所地（市町名　　　　　市・町）  障害の内容：□身体障害　□知的障害　□精神障害　□その他（　　　　　　　）  **↓**  □視覚　□聴覚　□音声・言語　□肢体不自由　□内部 | | |
| 好事例 | |  |
| ３ | 年齢（　　　　歳代）　□男性　　□女性　　　住所地（市町名　　　　　市・町）  障害の内容：□身体障害　□知的障害　□精神障害　□その他（　　　　　　　）  **↓**  □視覚　□聴覚　□音声・言語　□肢体不自由　□内部 | | |
| 好事例 |  | |

※欄が不足する場合はコピーしてください。