

# 意見書

令和 年 月 日

東串良町役場 福祉課 あて

郵便番号：〒 \_\_\_\_\_

住 所： \_\_\_\_\_

(注1) 氏 名： \_\_\_\_\_

電話番号： \_\_\_\_\_

東串良町高齢者保健福祉計画及び第9期介護保険事業計画の素案に関して意見を提出いたします。

(以下に意見を記載する。別紙に記載する場合は「別紙に記載」と記載し、意見を記載した別紙を添付する。)

注1 法人又は団体にあつては、その名称及び代表者の氏名を記載すること。

注2 用紙の大きさは、日本工業規格A列4番とすること。別紙に記載する場合は、ページ番号を記載すること。