パブリックコメント（意見書）提出用紙

提出日　　　　年　　月　　日

|  |  |
| --- | --- |
| 件　名 | 松崎町高齢者保健福祉計画・第９期介護保険事業計画の策定について |
| 資格要件 | 以下の項目に当てはまるものすべてに「✔」を付けてください。 |
| □　町内に住所を有する方 |
| □　町内に通勤又は通学している方 |
| □　町内に事務所又は事業所を有する方 |
| □　計画の策定に関して利害関係を有する方 |
| 氏　名 | （ふりがな） |
|  |
| 住　所 | 〒　　　－ |
| 電話番号 |  | ＦＡＸ番号 |  |
| メールアドレス | 　　　　　　　　　　　　　＠ |
| ご意見・ご提案の内容 |
| ※計画案のどの部分に対する意見であるか、具体的に記載してください。 |

＊氏名、住所、電話番号、FAX番号及びメールアドレスは、お寄せいただいたご意見・ご提案の確認

等のために記載していただくものであり、一切公表いたしません。