

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。 | | |
| | <input type="checkbox"/> 町内に住所を有する方 | | |
| | <input type="checkbox"/> 町内に通勤又は通学している方 | | |
| | <input type="checkbox"/> 町内に事務所又は事業所を有する方 | | |
| 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 | | | |
| <p>※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。</p> | | | |

*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。