

第8期黒潮町高齢者福祉計画・介護保険事業計画(素案)への意見書

住 所			
氏 名 (法人の場合、名称 及び代表者名)			
年 齢		性 別	
電話番号 (メールアドレス)			
区 分 (☑してください)	<input type="checkbox"/> 黒潮町に住所を有する方 <input type="checkbox"/> 黒潮町内に事務所または事業所を有する方 <input type="checkbox"/> 黒潮町内に勤務、通学する方		
ご意見・ご提言記入欄			

※意見提出者の住所・氏名等については、必ずご記入ください。

匿名の意見は受付できませんので、ご了承ください。