**住民意見公募用紙**

杵藤地区広域市町村圏組合第9期介護保険事業計画（案）に対するご意見を記入してください。

（提出日 令和6年　月　日）

|  |  |  |
| --- | --- | --- |
| 氏　名**（必須）**  法人・団体の場合は代表者名と、事業所等の名称 | ふりがな  氏名：  事業所・学校名・法人名： | |
| 住　所**（必須）** |  | |
| 連絡先**（任意）** | 電話番号 |  |
| 電子メールアドレス |  |

|  |  |
| --- | --- |
| ご意見記入欄  該当ページ、該当箇所、意見の理由と根拠を明確に記入してください。 | |
| 計画（案）該当ページ |  |

※いただいたご意見は杵藤地区広域市町村圏組合ホームページで公表します。

ご意見の内容以外（住所、氏名等）は公表しません。

【連番】　　　―