

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】

—