意見等提出用紙

案　件　名（必須）	海津市高齢者保健福祉計画・介護保険事業計画【平成30年度～平成32年度】（案）				
ふりがな 氏名または名称（必須）					
住所（必須）	〒　　－				
電話番号（必須）		年齢		性別	
メールアドレス					
その他 （該当するものに〇をつけてください）	1．市内に住所を有する人 2．市内に事務所または事業所を有する個人及び法人その他の団体 3．市内の事務所または事業所に勤務する人 4．市内の学校に在学する人 5．当該案件に利害関係を有する人 （　　）				
《ご意見・ご提案》					
※市記入欄	受付日：平成　　年　　月　　日				

※ご意見・ご提案記入欄が不足する場合は、別紙（任意）を添付してください。

【提出期限】　平成30年1月15日（月）

【提出先】　〒503-0695　海津市海津町高須515番地
海津市役所　高齢介護課
TEL　0584－53－1145　　FAX　0584－53－0443
E-mail　koreikaigo@city.kaizu.lg.jp