様式第１号（第６条関係）

利根町高齢者保健福祉・第7期介護保険事業計画（案）**に対する意見書**

　　　　　　　　　　　　　　　　　　　【提出日】　　　年　　月　　日

|  |  |
| --- | --- |
| 住　　　所 | 　　　　　　　　　　　 |
| 氏　　　名 |  |
| 連 絡 先 | 【電　話】　　　　　　　　【ＦＡＸ】【Ｅメール】 |

（法人その他の団体の場合は，所在地，名称及び代表者氏名を記入して下さい。）

|  |  |
| --- | --- |
| ページ・該当箇所 | ご　意　見　等 |
|  |  |

|  |  |
| --- | --- |
| **※　提　出　方　法** | 【提出期限】 |
| 指定窓口への持参 |  | 　２月９日（金）17時15分必着となります。 |
| 郵送 |  |
| ファクシミリ |  |
| 電子メール |  |
|  |  |

※提出方法の欄については，記入不要です。