

意見等提出書

案 件 名 (※必須)	「第 6 期吉野川市高齢者保健福祉計画・介護保険事業計画 (素案)」について			
住 所 (※必須)				
氏 名 (※必須)				
電 話 番 号 (※必須)		年 齢		性 別
電子メールアドレス				
意見等提出者の区分 (上記「住所」欄が市外の方は、該当する番号に○印をしてください。)	1 市内に住所を有する者である 2 市内に存する学校に在学している 3 市内に存する事務所又は事業所を有する者である 4 市内に存する事務所又は事業所に勤務している 5 当該案件に利害関係を有している			
(意見・情報記入欄)				

※必須項目については、必ずご記入ください。

※法人その他の団体にあつては、「住所」欄に事務所又は事業所の所在地、「氏名」欄に名称及び代表者の氏名をご記入ください。

※意見・情報記入欄が足りないときは、別紙を添付してください。