

意見提出用紙

パブリック・コメント手続実施責任者 地域包括ケア推進課長 赤沼 智美

TEL. 0126-63-0461 (直通) Fax. 0126-62-1088

「美唄市高齢者保健福祉計画・介護保険事業計画（第9期計画）」（素案）
に対するご意見

○氏名又は名称 _____

○住所又は所在地 _____

※住所が市外の場合、次のうち該当するものを選んでください。

市内在勤（事業所等の名称・所在地 _____）

市内在学（学校の名称・所在地 _____）

納税義務者（納税している市税の種類 _____）

利害関係者（具体的な利害関係 _____）

○連絡先（電話） _____ （メールアドレス） _____

※上記の記述がないものは受付できませんので、ご注意ください。

これらの情報は公表しません。

【ご意見】