パブリックコメント　意見記入用紙

（宛先）赤井川村保健福祉課介護保険係

|  |  |  |
| --- | --- | --- |
| ふりがな |  | （　　　　）歳代  ※差し支えなければ年代をご記入ください。 |
| 氏　　　名  (名称及び代表者氏名) |  |
| 住　　　所  ( 所 在 地 ) | 〒　　　－ | |
| 題名  「赤井川村高齢者保健福祉計画」（案）について | | |
|  | | |
|  | | |
|  | | |
|  | | |
|  | | |
|  | | |
|  | | |
|  | | |
|  | | |
|  | | |
|  | | |
|  | | |
|  | | |
|  | | |