

新 冠 町

第7期 高齢者保健福祉計画(案)に対する意見書

		平成 年 月 日	
フリガナ			
氏名又は団体名			
住所又は所在地			
年 齢	歳	性 別	男 ・ 女
電話番号			
内 容			

【意見の提出方法】

- E-Mail による場合 → 保健福祉課保健福祉グループ介護支援係【chouminfukushi@niikappu.jp】
までメールを送信してください。
- FAXによる場合 → 保健福祉課【0146-47-2496】までFAXしてください
- 郵送による場合 → 〒059-2492 新冠郡新冠町字北星町3番地の2
新冠町役場 保健福祉課 まで郵送してください。
- 直接持参による場合 → 新冠町役場1階3番 保健福祉課窓口 まで提出してください。

※意見募集期間:平成30年3月9日(金)～平成30年3月23日(金)