

第 8 期築上町高齢者保健福祉計画(素案)に関する意見記入用紙

ふりがな		性 別	年 齢
氏 名 (※必須)		男 ・ 女	満.....歳
住 所 (※必須)			(町外在住の場合) 在勤・在学
電話番号 (※必須)			
勤 務 先 住 所	※町外在住の方は勤務先住所を記入して下さい。		

◆意見記入欄

該当ページ	意見記入欄
.....ページ	
.....ページ	

【意見の提出方法】 当該ご意見の提出方法は、下記のとおりです。

- ① 郵送又は持参 [提出先] 〒829-0392 築上町大字椎田 891 番地 2
築上町役場 保険福祉課 福祉係
- ② ファックス [FAX 番号] 0930-56-0334
- ③ 電子メール [アドレス] koureisya@town.chikujo.lg.jp

【提出期限】 **令和3年3月10日(水)まで** (郵送の場合は当日消印有効)

※ご提出いただいたご意見は、原則として個人情報を除き公表します。また、意見公募(本案件)以外の目的には使用いたしません。