第8次南風原町高齢者保健福祉計画（素案）に対する意見書

|  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- |
| 氏名（必須） |  | 性別 |  |
| 住所（必須） |  | 年齢 |  |
| 連絡先（必須）  (℡ or メールアドレス) |  | 勤務先  (必須） |  |
| 意見・提言の内容 | | | |

◆提出期限：平成３０年３月５日（月）

◆意見書の提出先及び問合わせ先

　南風原町役場　保健福祉課　高齢者福祉班

　所在地：南風原町字兼城６８６番地

　メール：H8894416＠town.haebaru.okinawa.jp

　ＦＡＸ：０９８－８８９－７６５７

　ＴＥＬ：０９８－８８９－４４１６