

「第10次南風原町高齢者保健福祉計画素案」に対する意見書

1 氏名（必須）	
2 住所（必須）	〒
3 連絡先（必須）	電話： メール：
4 生年月日（必須）	
5 資格要件	以下の該当する項目に1つ以上○をつけてください。②～④に該当する場合は名称等も記載ください。 ① 町内にお住まいの方 ② 町内にある事務所又は事業所に勤務している方 勤務先名称： 所在地： ③ 町内にある学校に在学している方 学校名： ④ 町内に事務所又は事業所を有する方 名称： 所在地：

6 意 見

該当ページ	内 容
【例】 P1 3行目	【例】文章中に〇〇と記載があるが、わかりにくいので、△△という表現に修正した方がよいのではないかと。

※提出者に関する記載事項は公表いたしません。

※匿名、電話でのご意見については受け付けておりません。

※ご意見内容に対し、疑問点などがある際には、ご連絡する場合がございます。

※提出期限は令和6年3月4日（月）17時までです。

■問い合わせ先 南風原町民生部保健福祉課 高齢者福祉班

受付日(町で記入)	意見番号(町で記入)

TEL：098-889-4416 FAX：098-888-1772

E-Mail：H8894416@town.haebaru.lg.jp