

第5期足寄町高齢者保健福祉計画・介護保険事業計画に関するご意見

| | | |
|------------------|--------------------------|--|
| ご 連 絡 先 | ご氏名または団体名 | |
| | ご住所または所在地 | |
| | ご連絡先(電話番号・ 電子メールアドレス) | |

※上記の情報は公表いたしません

| | |
|-------------|--|
| 意 見 等 | |
|-------------|--|

※締 切 平成24年1月20日(金曜日)必着

※[郵送の場合] 〒089-3797 足寄町北1条4丁目 足寄町福祉課介護保険担当

[FAX の場合] (0156) 25-9201

[電子メールの場合] hayashi.toshihide@town.ashoro.hokkaido.jp

[持参の場合] 福祉課保健福祉室介護保険担当まで(土日祝以外)