

第7期足寄町高齢者保健福祉計画・介護保険事業計画(素案)に関する意見書

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ので、必ずご記入ください。

意見等	
-----	--

※締切 平成30年1月30日(火曜日)必着

[郵送・持参の場合] 〒089-3797 足寄町北1条4丁目48番地1

足寄町福祉課総合支援相談室介護保険担当

(※持参の場合は土日祝を除く8:35から17:05まで)

[FAXの場合] (0156) 25-9201

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

※この用紙を切り離して使用してください。