

別紙

磐田市高齢者保健福祉計画・介護保険事業計画（案）に対する意見

住 所			
氏名又は団体名 (団体は代表者名も)	(歳) (男・女)		
電 話 番 号		Eメールアドレス	
勤務先・学校名			
項目、掲載頁等		ご意見	

★ 住所、氏名又は団体名、電話番号等を記入し、次のいずれかの方法で提出してください。

(様式は他の様式でも構いません。)

○ F A X : 0 5 3 8 - 3 7 - 6 4 9 5 ○ Eメール : koureisya@city.iwata.lg.jp

○ 直接持参

○ 郵便 (はがき、封書) 〒438-0077 磐田市国府台 57 番地 7 磐田市健康福祉部福祉課

★ ご意見は、本計画策定の参考とさせていただきます。

★ 個人情報につきましては、厳正に管理し、他の目的に利用することはありません。

★ 応募期間は、平成 26 年 12 月 3 日 (水) から平成 26 年 12 月 24 日 (水) 必着です。