

「松阪市第9次高齢者保健福祉計画及び第8期介護保険事業計画（案）」へのご意見

ご意見の受付期間 令和2年12月23日(水)～令和3年1月15日(金)

[郵送の場合] 令和3年1月15日(金) 消印有効。

[持参の場合] 土・日・祝日・年末年始(12月29日(火)から翌年1月3日(日)まで)を除く午前8時30分から午後5時15分まで。

下記の太枠内にご記入ください。

(記入漏れのないようお願いいたします。匿名でのご意見はお受けできません。)

氏名 [又は名称、代表者名]		年齢	才
		性別	
住所 [又は所在地]		住所又は所在地が市外の場合は、次のいずれかに○をしてください。	
電話番号		・市内に在勤又は在学している ・市内に事業所を有する法人、その他の団体	
箇所 (ページ数等)	ご意見 ※「箇所(ページ等)」欄には、“第3章のP34上から5行目”など、具体的にお書きください。		

受付日 令和 年 月 日	提出方法 持参 ・ 郵送 ・ FAX ・ メール
-----------------	-----------------------------

※電話でのご意見は受付いたしません

提出先 : 松阪市健康福祉部介護保険課
(問合先) 〒515-8515 松阪市殿町1340番地1

TEL :0598-53-4058 FAX :0598-26-4035
E-mail :kaigo.div@city.matsusaka.mie.jp