

「松阪市第10次高齢者保健福祉計画及び 第9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6年1月4日(木)～令和6年1月18日(木)

[郵送の場合] 令和6年1月18日(木)消印有効

[持参の場合] 土・日・祝日を除く午前8時30分から午後5時15分まで

[電子メールの場合] 令和6年1月18日(木)到着分まで

[ファクシミリの場合] 令和6年1月18日(木)到着分まで

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	
		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。	
		<ul style="list-style-type: none"> ・ 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 	
電話番号			
※「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。			
箇所(ページ数等)	ご意見		
	※行が足りない場合は、裏面をご利用ください。		

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

E-mail :kaigo.div@city.matsusaka.mie.jp

FAX :0598-26-4035

問合せ先：介護保険課

TEL :0598-53-4058

受付日

市役所利用欄 郵便 ・ 持参 ・ メール ・ FAX

