「第９期岩倉市高齢者保健福祉計画及び介護保険事業計画（案）」に対する意見

|  |  |
| --- | --- |
| 住　所 | 〒※法人その他の団体は所在地 |
| 　 | ※法人その他の団体はその名称と代表者氏名 |
| 連絡先 |  |
| 勤務・活動先又は学校名 | ※市外在住の人は必須 |

|  |  |
| --- | --- |
| 該当ページ | 意　　　　　　見 |
|  |  |

ご意見ありがとうございました。

令和6年1月29日（月）までに、下記へ提出していただきますようお願いします。

※持参の場合：午後5時まで、郵送の場合：締切当日の消印有効

|  |
| --- |
| ◇持参・郵送　〒482-8686　岩倉市栄町一丁目66番地　　　　　　　　岩倉市役所長寿介護課あて◇ファクス　　0587-66-6100 |