

「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
ふり がな 氏 名	   ※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