第６期足寄町高齢者保健福祉計画・介護保険事業計画に関するご意見

|  |  |  |
| --- | --- | --- |
| ご連絡先 | ご氏名または団体名 |  |
| ご住所または所在地 |  |
| ご連絡先（電話番号・電子メールアドレス） |  |

※上記の情報は公表いたしません

|  |  |
| --- | --- |
| 意見等 |  |

※締　切　平成２７年１月３０日（金曜日）必着

※[郵送の場合]　〒０８９-３７９７　足寄町北１条４丁目　足寄町福祉課介護保険担当

[FAXの場合]　　(０１５６)　２５－９２０１

[電子メールの場合]　　zaikai@town.ashoro.hokkaido.jp

[持参の場合]　福祉課総合支援相談室介護保険担当まで（土日祝以外）