意見提出様式(参考)

群馬県高齢者保健福祉計画（第９期）（案）に関する意見について

募集期限：令和６年２月２９日（木）必着。ただし郵送の場合は当日消印有効。

令和　　年　　月　　日

|  |  |
| --- | --- |
| 氏名（法人・団体名） |  |
| 代表者氏名（※法人･団体の場合に記載） |  |
| 住所（所在地） |  |
| 電話番号 |  |
| メールアドレス |  |

|  |  |
| --- | --- |
| 項　目 | 意　　　　見 |
| 【記載例】○○○について(資料○P　△行目) |  |
|  |  |
|  |  |
|  |  |

※記入上の注意事項

ご意見は任意の様式に記載いただいても構いません。

その場合、原則として、氏名及び住所（法人又は団体の場合は、名称、代表者の氏名及び所在地）並びに連絡先（電話番号又は電子メールアドレス）を記載してください。

 【提出先】

群馬県健康福祉部介護高齢課企画・介護保険係

　 〒371-8570　前橋市大手町１－１－１

　 TEL：027-226-2576 　E-mail：kaigokou@pref.gunma.lg.jp

　 FAX：027-223-6725