

意見提出様式

「白石市高齢者福祉計画・第8期介護保険事業計画」(案)に対する意見票

ご 連 絡 先	ご氏名(団体名)	
	ご住所(所在地)	
	ご連絡先 (電話番号・Eメール)	

※上記の個人情報につきましては、白石市個人情報保護条例に従い個人情報の保護をいたします。
また、この個人情報は公表いたしません。

意 見 記 入 欄	
	※記入に当たっては、意見箇所のページ番号・項目名・意見内容をご記入下さい。

- ※1. 締め切り
- ※2. 提出先

令和3年1月20日(水曜日)必着
〒989-0231 白石市福岡蔵本字茶園62-1
白石市保健福祉部長寿課(白石市総合福祉センター内)
電話:0224-22-1361/FAX:0224-26-2699