

## 「第4次阿見町地域福祉計画」(案)意見提出様式

個人の 場合	住所 :	
	年齢 :	氏名 : 職業 :
団体・法人 の場合	所在地 :	
	団体・法人名 : 業種 :	

※「氏名」又は「団体・法人名」、「住所」又は「所在地」を必ずご記入ください。なお、氏名、住所などの個人情報をお公表することはありません。

## ■ ご意見

ページ番号	意見・質問等

## ■ 提出先

- ◇郵送の場合 〒300-0392 阿見町中央 1-1-1 保健福祉部社会福祉課社会福祉係  
◇FAXの場合 029-887-9560  
◇電子メールの場合 [shakaifukushika-ofc@town.ami.lg.jp](mailto:shakaifukushika-ofc@town.ami.lg.jp)  
◇持参 阿見町中央 1-1-1 保健福祉部社会福祉課窓口  
(開庁日の午前 8 時 30 分から午後 5 時 15 分まで)