

「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：		氏名：
	年齢：	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
- ◇FAX の場合
- ◇電子メールの場合
- ◇持参

〒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
029-887-9560
shakaifukushika-ofc@town.ami.lg.jp
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)