第８期川場村高齢者保健福祉計画・介護保険事業計画

（案）へのご意見記入用紙

氏名（法人・団体の場合はその名称及び代表者の氏名）**【必須】**	性　別　　□男性　　□女性
	年齢　　歳代
住所（法人・団体の場合はその所在地）**【必須】**	連絡先（電話番号） －　　－

ご意見の内容　（何ページのどの項目か分かるように記入してください。）		
ページ	項　目	ご　意　見

■提出先及びお問い合わせ先

川場村健康福祉課介護保険係

〒378-0101　群馬県利根郡川場村大字谷地 2390-2

TEL：0278-52－2111　　FAX：0278-52－2333

e-mail：office-kub-2390-2ks@vill.kawaba.gunma.jp

■提出方法　次のいずれかの方法により提出してください。

・電子メール、ファックス、郵送または持参

※電話でのご意見は受付できませんのでご了承ください。

川場村役場記入欄
受付年月日：R3 年　　月　　日
受付番号：……
受付場所：……
受付方法：……