

第 7 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	<input type="checkbox"/> 男性	<input type="checkbox"/> 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

川場村健康福祉課福祉係
 〒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 : H30 年 月 日

受付番号 :

受付場所 :

受付方法 :