

(提出様式)

意見書

| | |
|---------------|---|
| 案件名 | 三豊市介護サービス事業経営戦略（素案） |
| 氏名 (必須) | |
| 住所 (必須) | 〒 ※三豊市内に住所を有しない人は、勤務先及び学校名を記入 |
| 電話番号 (必須) | |
| 電子メール (任意) | |
| 意見 (必須) | (素案のどの部分に対するご意見かわかるようにご記入ください。) 例：○ページ△行目「□□」について… |

- ・必須項目への記載がない場合は、意見として受付いたしません。
- ・ご意見は、案の決定の際に参考とさせていただきます。また、氏名、住所等の個人情報を除き、内容を簡単に取りまとめ、市の考え方をして、市ホームページ等で公表いたします。これらの個人情報は、厳正に管理し、他の目的に使用することはありません。
- ・ご意見の内容確認などのため、市担当課からご連絡させていただく場合があります。
- ・この意見書は返却できませんのでご了承ください。

■問い合わせ・意見書提出先



〒767-8585

三豊市高瀬町下勝間 2373 番地 1
三豊市健康福祉部介護保険課（地域包括支援センター）
電話：0875-73-3021 FAX：0875-73-3023
メール：kaigohoken@city.mitoyo.lg.jp

※FAXで提出される場合は、送信後、電話連絡をお願いいたします。