

(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、市の考えを付して、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 F A X：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。