「第 10 期みよし広域連合介護保険事業計画（素案)」に対する意見提出書

住　　所※	
氏　　名※	
電 話 番 号※	
意見提出者の区分（該当する区分に○印をしてください。）	1．広域連合管内に住所を有する者 2．広域連合管内に事務所又は事業所を有する個人又は法人その他の団体 3．広域連合管内の事務所又は事業所に勤務する者 4．広域連合管内の学校に在学する者 5．上記に掲げるもののほか、パブリックコメント手続に係る事案に利害関係を有するもの
（ご意見等記入欄）※	

※住所、氏名、電話番号は必ずご記入ください。

※法人その他の団体にあっては、住所欄に事務所又は事業所の所在地、氏名欄に名称及び代表者の氏名をご記入ください。

※ご意見等記入欄が足りないときは、別紙を添付してください。

提出先：みよし広域連合介護保険センター
電話：0883-76-0030　FAX：0883-76-0033
電子メール：kaigo@union.miyoshikouiki.lg.jp