

「第3次鳥羽市地域福祉計画（案）」に対する意見記入用紙

【提出先】（郵 送） 〒517-0022 鳥羽市大明東町2番5号
鳥羽市健康福祉課生活支援係
（FAX） 0599（25）1154
（電子メール） seikatsushien@city.toba.lg.jp

| | |
|------------|--|
| お 名 前 | |
| ご 住 所 | |
| 連絡先（電話番号等） | |

「第3次鳥羽市地域福祉計画（案）」に対する意見

| 該 当 箇 所 ※項目、記載ページなどの部分か 分かるように記載ください。 | 意 見 |
|---|-----|
| | |

【締 切】 令和2年1月24日（金）必着

※全般にかかる意見につきましては、該当箇所欄に「全般」とお書きのうえ、記入してください。

※住所、氏名（法人その他の団体にあつては、名称、事務所又は事業所の所在地及び代表者の氏名）を明記してください。

※頂いた案件についての個別の回答はいたしませんので、あらかじめご了承ください。