**四万十市高齢者支援課　あて**

**四万十市高齢者福祉計画・第９期四万十市介護保険事業計画（素案）へのご意見**

|  |  |
| --- | --- |
| **住所（所在地）** | **〒** |
| **氏名（名称）** |  |
| **連 絡 先****（電話番号・メールアドレス）** |  |
| **（ご意見・ご提案）**  |

**【注意事項】**

**（１）住所、氏名・名称の記入がない意見、電話や口頭での受付けはできません。**

**また、意見に対する個別の回答はいたしかねますので、あらかじめご了承ください。**

**（２）お寄せいただいた意見は、個人情報を除き、取りまとめたうえで市の考え方とあわせて公表させて**

**いただきます。**

**（３）ご意見は、日本語でお願いします。**