

「第 5 期各務原市地域福祉計画・地域福祉活動計画(案)」に関する

意見記入用紙

ふりがな		年 齢
氏 名		満 歳
住 所		市外在住の場合 勤務先又は学校名
連 絡 先	(電話番号・メールアドレス等)	

※上記項目に記載のないものは無効となりますので、必ずご記入ください。

◆意見記入欄（特定の箇所についてのご意見は該当箇所のページ数等をご記入ください）

該当箇所	意見記入欄
ページ・ 行目	

※この様式に限らず、任意の用紙でも結構です。

※個人情報が公表されることはありません。

ありがとうございました。令和 6 年 10 月 31 日（木）（必着）までにご提出ください。

【提出先】 各務原市健康福祉部福祉政策課（各務原市役所 本庁舎 2 階）
〒504-8555 各務原市那加桜町 1 丁目 69 番地
ファクス：058-383-6365（代表）
メール：fsoumu@city.kakamigahara.gifu.jp