逗子市高齢者保健福祉計画素案に関する意見書

年　　月　　日

逗　子　市　長

住　　所

※意見はなるべく簡潔に記入してください。

|  |
| --- |
| 意　見　の　内　容 |
| 　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　 |

◆募集期間

令和５年12月15日（金）から令和８年１月19日（金）まで（必着）

◆提出先：〒249-8686　逗子市逗子5-2-16　高齢介護課

　　　　　　FAX　046-873-4520　　Eﾒｰﾙ　kaigohoken@city.zushi.lg.jp

（お書きいただいた個人情報は、目的外利用、第三者への提供はいたしません。）