

加東市健康福祉部福祉総務課 行(FAX:0795-42-6862)

「第4次 加東市地域福祉計画・加東市社会福祉協議会地域福祉推進計画(案)」に

関する意見書

氏名（法人その他の団体の場合は名称及び代表者名）	連絡先（電話番号）
住所（住所が市外の場合は、勤務先、在学先又は所有する事務所・事業所の所在地を記載してください。利害関係を有する方は住所を記載してください。）	
（住所が市外の方は、該当する項目の番号に○をつけてください。） 1. 市内在勤 2. 市内在学 3. 市内に事務所・事業所を有する 4. 利害関係	
利害関係（上記で、4. 利害関係を選択された方のみ記載してください。）	

※氏名、住所等、必要箇所に記載のないものは受付できませんので、ご注意ください。上記の情報は意見募集（パブリックコメント）にのみ使用し、公表いたしません。

[illegible]