加東市健康福祉部福祉総務課　行（ＦＡＸ：０７９５－４２－６８６２）

「第３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〇をつけてください。） 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。

ご意見