

パブリックコメント（意見書）提出用紙

件名	西伊豆町第 10 期高齢者福祉計画・第 9 期介護保険事業計画（素案）について		
資格要件	以下の項目に当てはまるものすべてに「✓」を付けてください。		
	<input type="checkbox"/> 西伊豆町内に住所を有する方		
	<input type="checkbox"/> 西伊豆町内に通勤又は通学している方		
	<input type="checkbox"/> 西伊豆町内に事務所又は事業所を有する方		
氏名	(ふりがな)		
住所	〒 ー		
電話番号		FAX 番号	
メールアドレス	@		
項目又はページ	御意見・御提案の内容		

氏名、住所、電話番号、FAX 番号及びメールアドレスは、お寄せいただいた御意見・御提案の確認等のために記載していただくものであり、一切公表いたしません。