

## 意見提出様式

「泉佐野市第7期介護保険事業計画及び高齢者福祉計画(案)」に対する意見等

ご 連 絡 先	ご氏名または団体名	
	ご住所または所在地	
	ご連絡先(電話番号・ 電子メールアドレス)	

※上記の情報は公表いたしません

※何ページのどの項目についてのご意見等であるか、下記へご記入くださいますようお願いいたします。

【記入例】 20ページ(1)地域包括ケアシステムの深化・推進にむけた取組み

①地域包括支援センターの機能強化と地域ケア会議の充実

意見等

※締 切 平成 30 年 2 月 16 日(金曜日)

※送付先 [郵送の場合] 〒598-8550泉佐野市市場東 1 丁目 295 番地の 3  
泉佐野市役所 高齢介護課 宛

[FAX の場合] (072)458-1120

[電子メールの場合] kaigo@city.izumisano.lg.jp

[持参の場合] 泉佐野市役所 1階5番窓口 高齢介護課まで(土日祝以外)