**意　見　提　出　用　紙**

|  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- |
| 件名　（※必須） | (案件名)  南大隅町高齢者福祉計画及び第9期介護保険事業計画 | | | | |
| 氏名　（※必須） |  | | | | |
| 住所　 (※必須) |  | 年齢 | 歳 | 性別 | 男　・　女 |
| 意見提出者の区分  (住所が南大隅町以外の方のみ) | 該当する番号に〇を付け、必要事項をご記入ください。   1. 南大隅町内の事業所に勤務している   (会社名等：　　　　　　　　　　　)   1. 南大隅町内の学校に在学している   (学校名：　　　　　　　　　　　　)   1. この案件に直接的な利害関係を有している   (具体的に：　　　　　　　　　　　　　　　　　　　) | | | | |
| 電話番号(※必須) |  | | | | |
| メールアドレス |  | | | | |
| 【意見等記入欄】(※必須) | | | | | |

|  |
| --- |
| ※**記入不要**(受付用)  **受付日：**  **受付方法**  ・電子メール  ・郵送  ・FAX  ・持参( ) |

　※提出されたご意見等の内容について、確認のため連絡させていただ

　　く場合がありますので、必須項目については、必ずご記入ください。

　※法人その他団体については、「住所」欄に事務所又は事業所の所在

地、「氏名」欄に名称及び代表者氏名をご記入ください。

※記入していただいた個人情報は、公表しません。また、今回の意見提出以外の目的での使用はいたしません。

　※いただいたご意見とそれに関する協議会の考え方は、個別に回答い　　　たしません。また、住所、氏名が未記入のもの、当該案件に関連のないご意見などに対しましては、考え方をお示しできない場合があります。

　※意見等記入欄が足りないときは、別紙を添付してください。