**「第９期隠岐広域連合介護保険事業計画」の策定に伴う意見記入用紙**

［提出先］①郵送：隠岐広域連合　事務局　介護保険課

〒685-0104隠岐郡隠岐の島町都万2016番地

②直接持参：隠岐広域連合事務局

　　　　　　海士町健康福祉課

　　　　　　西ノ島町健康福祉課

　　　　　　知夫村村民福祉課

　　　　　　隠岐の島町保健福祉課（各支所含む）

③E‐mail：kaigo@okikouiki.jp

④FAX：08512-6-3330

※電話、来庁等による口頭でのご意見はお受けできません。

|  |  |
| --- | --- |
| ふりがな |  |
| 氏　　名 |  |
| 住　　所 |  |
| 連絡先 | （電話番号：　　　　　　-　　　　　　　　-　　　　　　　　　） |
| （ご意見） | |

ご意見ありがとうございました。

※意見募集期間

令和５年12月25日（月）から令和６年１月1９日（金）まで

※郵送の場合は募集期間内必着

（備考）

個人情報（氏名、住所及び電話番号）は、この意見募集以外の目的では使用いたしませんが、ご意見のより具体的な内容を確認するため、連絡させていただく場合があります。

なお、お寄せいただいたご意見は、個人情報等を除き、公開することを前提としておりますので、あらかじめご了承ください。