**大分市高齢者福祉計画及び第９期大分市介護保険事業計画（案）についての意見提出用紙**

|  |  |  |
| --- | --- | --- |
| 住　　所  （事業所等の所在地） | （〒　　　－　　　　） | |
| 氏　　名  （事業所等の名称  及び代表者氏名） |  | 電話番号 |
|  |
| **【ご意見・ご提案等記述欄】** | | |
|  | | |
|  | | |
|  | | |
|  | | |
|  | | |
|  | | |
|  | | |
|  | | |
|  | | |
|  | | |
|  | | |
|  | | |
|  | | |
|  | | |
| 送付先　〒870-8504  大分市荷揚町2番31号  大分市福祉保健部長寿福祉課  TEL　097-537-5673　　FAX　097-548-5387 | | |

＊提出された意見は整理、集約して公表します。なお、個々の意見に対する**直接の回答はいたしません**ので、ご了承ください。

＊住所、氏名等の個人が認識される情報は、決して公表いたしません。