

第9期揖斐広域連合高齢者福祉計画・介護保険事業計画（素案）に対する意見

【提出期間 令和6年1月15日（月）～令和6年1月31日（水）】

記入する方 (必ず全項目を記入してください)	提出日	令和6年 月 日
	住所	〒
	フリガナ 氏名	
	連絡先	※電話番号、FAX番号、メールアドレスのいずれかをご記入ください。
ご意見		
◎記載時の注意点	<ul style="list-style-type: none"> ・提出日はご意見を提出される日時を記入してください。 ・氏名はフルネームを記載してください。 ・意見に対する個別の回答はいたしかねますが、連絡先は内容に疑義があるときに広域連合から問い合わせをさせていただく場合がございます。 ・個人情報はこの計画策定のために使用し、適切に管理します。 	
◎提出期間	令和6年1月15日（月）～令和6年1月31日（水）	
◎提出方法・提出先	揖斐広域連合 介護保険課 <ul style="list-style-type: none"> ・郵便 〒501-0603 岐阜県揖斐郡揖斐川町上南方 1-1 揖斐広域連合 介護保険課 ・FAX 0585-21-0126 ・メール nukumori-kaigo@ibikoiki.jp 	
※1月31日までにご意見をお寄せください。郵便の際は31日消印有効といたします。		