

【ご意見提出用紙】

【送付枚数_____枚】

長崎県福祉保健部長寿社会課 企画指導班 あて
(FAX 095-895-2576)

※ご意見の内容について確認させていただくこともありますので、以下の連絡先
をご記入ください。なお、個人情報の保護については、厳正に取り扱います。

ご 連 絡 先	件 名	「長崎県老人福祉計画・長崎県介護保険事業支援計画（素案）」に 対する意見
	氏 名	
	住 所	〒
	電話番号	
<該当箇所> 該当ページ番号・・・ _____ ページ 該当項目名称…		
<意見内容>		