

意見等提出書

案 件 名 (※必須)	第2期下妻市地域福祉計画 (素案) について			
住 所 (※必須)				
氏 名 (※必須)				
電 話 番 号 (※必須)		年 齢		性 別
電子メールアドレス				
(意見・情報記入欄)				
提出期限 平成30年2月28日(水) 意見の提出先及び問合せ先 下妻市役所 保健福祉部福祉課 社会福祉係 宛 〒304-8501 下妻市本城町二丁目22番地 T E L 0296-43-8249 (直通) F A X 0296-43-6750 Eメール fukushi@city.shimotsuma.lg.jp				

- ※ 必須項目については、必ずご記入ください。
- ※ 法人その他の団体にあつては、「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の氏名をご記入ください。
- ※ 意見・情報記入欄が足りないときは、別紙を添付してください。