

提出日：令和 年 月 日

「御殿場市第10次高齢者福祉計画及び第9期介護保険事業計画」(案)に関する意見

団 体 名 (法人その他団体の場合)	
氏名又は代表者名	
住 所 ※1	
電 話 番 号	
※1 市外に住所を有する方は、次のうち該当する番号を○でお囲み下さい。 (1) 市内に事務所又は事業所を有している(事務所名：) (2) 市内に勤務、通学している(事務所又は学校名：) (3) 市に納税している (4) 本事案に利害関係を有している (内容：)	
問い合わせ先	御殿場市健康福祉部長寿福祉課 〒412-8601 御殿場市萩原483 TEL：0550-82-4134 FAX：0550-84-1046 メールアドレス：kaigo@city.gotemba.lg.jp