|  |  |
| --- | --- |
| 町民意見公募手続　意見提出様式  令和　　年　　月　　日  八　雲　町　長　　様  住　　所  氏　　名  電話番号  （法人その他の団体にあっては、所在地、名称及び代表者氏名） | |
| 案件名 | 八雲町高齢者保健福祉計画・第９期介護保険事業計画（素案）についてのパブリックコメントの募集ついて |
| （意見及びその理由） | |

注）住所・氏名・連絡先電話番号は、必ず記入願います。

　　不明な点は、保健福祉課 介護保険係へお問い合わせ願います。

本意見の募集期間は、令和６年２月１日（木）～令和６年２月２９日（木）までとなっております。