|  |  |
| --- | --- |
| 町民意見公募手続　意見提出様式  平成　　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 | 「八雲町指定地域密着型（介護予防）サービスの事業の人員、設備及び運営に関する基準等を定める条例」の一部改正（素案）概要について |
| （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、平成２９年１月５日（木）～平成２９年２月６日（月）までです。