さぬき市高齢者福祉計画及び第7期介護保険事業計画（素案）に対する意見書

氏　　名	(ﾌﾘｶﾞﾅ)
住　　所	〒
勤務先等 （住所等市外の場合）	
（意見およびその理由等）	

記入欄が不足する場合は別紙又は裏面をご利用ください。ご協力ありがとうございました。

さぬき市介護保険課　FAX　0879-52-2990