※ファックスの場合は、この用紙にご記入の上、このまま送信してください。

　　　　ファックス送信先：**（０５２）９５５－３３６７**

　　　　（あて先）名古屋市健康福祉局高齢福祉部地域ケア推進課

**ご意見記入用紙**

名古屋市重層的支援体制整備事業実施計画（案）についてのご意見をご記入ください。

本冊子（1-64ページ）

概要版（1-6ページ）

|  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- |
| ご意見の該当ページ | |  | ページ　※空欄可 | | |
|  | | | | | |
|  | | | | | |
|  | | | | | |
|  | | | | | |
|  | | | | | |
|  | | | | | |
|  | | | | | |
|  | | | | | |
|  | | | | | |
|  | | | | | |
|  | | | | | |
|  | | | | | |
| お名前 |  | | | 年齢 | 歳代 |
| ご住所 |  | | | | |

お寄せいただいた個人情報は、本業務以外での利用は一切行いません。