意見提出用紙

|  |  |
| --- | --- |
| 件名（該当する件名に、〇をしてください）  （１）指定介護予防支援事業所  （２）地域包括支援センター | |
| 住所　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　電話番号 | |
| 学校・勤務先等（広域連合区域外にお住まいの方のみ御記入ください。）  電話番号 | |
| 氏名（団体名） | 年齢 |
| 御意見（自由記入欄） | |
| [意見の提出先]  大雪地区広域連合介護保険対策室  　　〒071-1423　東川町東町１丁目16番１号  　電話：0166-82-3697（内線564）　ファックス：0166-82-3618  　　電子メール：[taisetu.kouiki@town.higashikawa.lg.jp](mailto:taisetu.kouiki@town.higashikawa.lg.jp) | |