第３次稲敷市地域福祉計画（素案）に対する意見応募用紙

【意見提出期間：令和５年１１月２１日（火）～令和５年１２月２０日（水）】

　　　　　　　　　年　　　月　　　日

|  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- |
| ふりがな  氏　　名  （名称・代表者氏名） |  | | | 年齢 | 歳 |
| 住　所  （所在地） | （勤務先・通学先　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　※市外在住の場合） | | | | |
| 電話番号 | －　　　　－ | ＦＡＸ | －　　　　－ | | |
| E－mail |  | | | | |
| 意見本文 |  | | | | |

※氏名及び住所（法人その他の団体にあっては、名称、代表者氏名及び所在地）が不記載の場合はお受けできませんので、必ず明記して下さい。

【提出方法】

（１）持ち込み 　　　 ①稲敷市役所本庁舎1階パブリックコメント専用ポスト、②東支所パブリックコメント専用ポスト、③新利根公民館パブリックコメント専用ポスト、④桜川公民館パブリックコメント専用ポスト⑤江戸崎公民館パブリックコメント専用ポスト、⑥あずま生涯学習センターパブリックコメント専用ポスト

（２）郵送　　　　　　　〒300-0595　稲敷市犬塚1570番地1稲敷市保健福祉部社会福祉課

　（※１２/２０消印有効）

（３）電子メール　 shakai-pubcomme@city.inashiki.lg.jp

（４）ファックス 029-893-1545