

# 意見書

氏名 (団体の場合は名称 及び代表者名)	
住所	
電話番号	
意見の提出日	平成30年    月    日

**阿賀町介護保険事業計画・阿賀町高齢者保健福祉計画の策定について**


- ・ お寄せいただいたご意見に対する個別回答はいたしませんのでご了承ください。
- ・ 記載していただいた個人情報、提出された意見の内容を確認する場合に利用します。
- ・ ご意見の概要を公表する場合は、個人情報は公開いたしません。

## 提出先

<b>阿賀町役場 健康福祉課 介護保険係</b>			
電話番号	0254-92-5763	FAX	0254-92-3001
住所	〒959-4495 新潟県東蒲原郡阿賀町津川 580 番地		