（参考様式１号）

意 見 等 の 提 出 書

案　　件　　名　（※必須）	第九期帯広市高齢者保健福祉計画・介護保険事業計画（原案）
住　　所　（※必須）	
氏　　名　（※必須）	
電　話　番　号	
意見等提出者の区分（※必須） （上記「住所」欄が市外の方は、該当する番号に〇印をしてください。）	１　市内に通勤または通学している。 ２　市内に事務所または事業所を持っている。 ３　当該案件に利害関係がある。

（意見等の記入欄）

※この様式をご使用の方はファクスか郵送、電子メールまたは直接下記の担当課へご持参ください。

【提出先・問い合わせ先】

〒080-8670 帯広市西５条南７丁目１番地　帯広市市民福祉部福祉支援室介護高齢福祉課

TEL:0155-65-4150　FAX:0155-23-0163　E-mail：care@city.obihiro.hokkaido.jp

※必須項目については、必ずご記入ください。

※法人その他の団体にあっては、「住所」欄に事務所または事業所の所在地、「氏名」欄に名称および代表者の氏名をご記入ください。

※意見等記入欄が足りないときは、別紙を添付してください。