**岡山県地域福祉課地域福祉推進班**あて　　　　**FAX：０８６－２２６－７３３２**

|  |  |  |
| --- | --- | --- |
| **「岡山県地域福祉支援計画」（素案）に対する意見提案用紙** | | |
| 【関係項目名】（計画(案)の該当ページ及び箇所を明記してください。） | | |
| 【ご意見・ご提案　記入欄】 | | |
|  | | |
|  | | |
|  | | |
|  | | |
|  | | |
|  | | |
|  | | |
|  | | |
|  | | |
|  | | |
| ご住所　（住所は市町村名のみで結構です。） | 電話番号 | |
| お名前 | 年齢    　　　　　歳 |

※お名前、電話番号、ご住所（市町村名を除く）、年齢は公表いたしません。

※ご記入された個人情報は、「岡山県地域福祉支援計画」（素案）に対する意見募集の目的以外には使用しません。