

小野町役場 健康福祉課 宛

(FAX 0 2 4 7 - 7 2 - 3 1 2 1)

小野町第 3 期地域福祉計画（案）意見提出様式

令和 年 月 日

住所 _____

氏名 _____

電話番号 _____

計画素案項目（ページ・行）	ご意見