

『(仮称)第2期嘉手納町地域福祉推進計画』(素案)に対する意見提出様式

氏名または団体名 (必須)	氏名・団体名: ※ 団体の場合:担当者名()	<p>※頂いたご意見は、計画策定の際の参考にさせていただきます。 個別に回答することは予定していませんので御理解の上、意見をお寄せください。 ※氏名・団体名、住所、連絡先は必ず記入ください。 (記入頂いた個人情報は御意見の内容確認以外に使用することはありません) ※意見のある箇所が複数ある場合は、行を分けて記載してください。</p> <p>【提出期限】 令和2年3月27日(金)午後1時必着 【提出先】 〒904-0293 沖縄県中頭郡嘉手納町字嘉手納588番地 嘉手納町役場 福祉課 社会福祉係</p> <p style="text-align: center;">TEL:098-956-1111 内線(127) FAX:098-956-8094 E-mail: fukushi@town.kadena.okinawa.jp</p>
住所または所在地 (必須)	〒 -	
連絡先 (必須)	電話:() - メールアドレス: @	

	章 等	ページ、 行	御 意 見	理 由
1				
2				
3				
4				
5				