|  |
| --- |
| 1. 該当する項目を１つだけ選択してください。**（必須）**
 |
| □市民　 □市内在勤者　 □市内通学者　 □市内で事業その他の活動を行う者　 □利害関係者 |
|  |

|  |
| --- |
| 1. **利害関係者の場合**、具体的な利害関係を記載してください。**（必須）**
 |
|  |
| **※利害関係者とは、この方針、計画等が定められることで、何らかの影響を受ける者のことをいいます。** |
| 1. 住所及び氏名を記載してください。**(原則必要)**
 |
| **住所** | 〒 | **氏名** |  |
| 1. **法人その他の団体の場合**、所在地、名称及び代表者氏名を記載してください。**(原則必要)**
 |
| **所在地** | 〒 | **名称** |  |
| **代表者氏名** |  |

|  |
| --- |
| 1. 「大和高田市高齢者保健福祉計画・第９期介護保険事業計画（案）」に対する具体的なご意見をお書きください。
 |
| 【ご意見】 |
| ■意見募集期間　令和5年（2023年）12月28日(木) ～ 令和6年（2024年）1月18日(木) 【必着】 |