「群馬県福祉プラン（令和２年度～令和６年度）」の

一部変更（案）に関する意見について

令和　　年　　月　　日

|  |  |
| --- | --- |
| 氏名（法人・団体名） |  |
| 住所（所在地） |  |
| 電話番号 |  |
| メールアドレス |  |

|  |  |
| --- | --- |
| **項目** | **意見** |
| ●●について  資料名  ●●●●●●  頁数  Ｐ.●● | ●●～～～～●● |
| ●●について  資料名  ●●●●●●  頁数  Ｐ.●● | ●●～～～～●● |

※記入上の注意事項

ご意見は任意の様式に記載いただいても構いません。

その場合、原則として、氏名及び住所（法人又は団体の場合は、名称、代表者の氏名及び所在地）並びに連絡先（電話番号又は電子メールアドレス）を記載してください。

【提出先】

|  |  |
| --- | --- |
| 群馬県健康福祉部地域福祉課　地域福祉係 | |
| 〒371-8570　前橋市大手町１－１－１ | |
| TEL | ：027-226-2518 |
| E-mail | ：chiikihukushi@pref.gunma.lg.jp |
| FAX | ：027-221-1121 |

【その他】

詳細については、別添「群馬県福祉プラン（令和２年度～令和６年度）の一部変更（案）に関する意見募集について」をご覧ください。