

別紙

提出先 FAX 076-225-1409 (石川県健康福祉部厚生政策課)

「石川県地域福祉支援計画 2024(案)」について 【意見様式】			
氏名		電話番号	
住所			
年齢	<input type="checkbox"/> 20歳未満 <input type="checkbox"/> 20歳代 <input type="checkbox"/> 30歳代 <input type="checkbox"/> 40歳代 <input type="checkbox"/> 50歳代 <input type="checkbox"/> 60歳代 <input type="checkbox"/> 70歳以上		
職業	<input type="checkbox"/> 会社員・団体職員 <input type="checkbox"/> 自営業 <input type="checkbox"/> 農林漁業 <input type="checkbox"/> 主婦 <input type="checkbox"/> 学生 <input type="checkbox"/> 教員・公務員 <input type="checkbox"/> その他		
項目	第( )章 ( )ページ		
【意見】			

注：ご意見は、1項目につき1枚でお願いいたします。

記入欄が不足する場合は、用紙を追加してご記入ください。