※書式は自由です。よろしければこの用紙をお使いください。

【意見提出手続】

（No.1）

案 件 名	「 川西市高齢者保健福祉計画・第9期介護保険事業計画（認知症対策アクションプラン）（案） 」 に対する意見	
氏　　名 （必 須）		
住　　所 （必 須）		
川西市以外に お住まいの方 （市外在住の方必須）	（※ 該当する項目を〇で囲んでください。） ・市内在勤　　・市内在学　　・当該案件に係る利害関係人	
年　　齢 （任 意）	（　　）歳代	