

「第２期隠岐の島町総合保健福祉計画」（案）に関する意見提出用紙

氏 名		年 齢	
住 所	(〒 —)		
電話番号			

頁	意 見

(裏面もご利用ください)

※提出期限 令和８年２月２０日(金曜日) 必着です

※提出された意見提出用紙等は、返却できません。

□窓口：隠岐の島町役場 保健福祉課 地域福祉係（本庁①番窓口：０８５１２－２－８５６１）

□郵送：〒６８５－８５８５

隠岐郡隠岐の島町下西７８番地２

隠岐の島町役場 保健福祉課 地域福祉係 宛

□ＦＡＸ：０８５１２－２－６６３０

□メール：hokenfukushi@town.okinoshima.shimane.jp

(必ず、件名「総合保健福祉計画」等をご記入ください。)

頁	意 見