【別添様式】

＜提出先＞

愛知県福祉局高齢福祉課　企画・審査グループ

郵　　　　送：〒４６０－８５０１（住所記入不要）

ファクシミリ：０５２－９５４－６９１９

電子メール：korei@pref.aichi.lg.jp

※封筒又は件名に「第９期愛知県高齢者福祉保健医療計画（案）に対する意見」と明記してください。

「第９期愛知県高齢者福祉保健医療計画」（案）に対する意見

|  |  |  |
| --- | --- | --- |
| お住まいの市町村 | 年齢 | 職業 |
|  | 　　　　歳 |  |

【御意見記入欄】