ＦＡＸ番号：06-6553-1986

大正区役所保健福祉課　中村あて

ご意見票（令和６年度　第１回大正区地域福祉推進会議）

委員氏名（　　）

資料番号	ご意見箇所	ご意見内容
例：１	例：目的、内容	例：○○○とあるが、●●●とする方が良いのではないか。

※　今回送付の資料内容以外にご意見等がございましたら、ご自由にご記入ください。

なお、いただきましたご意見等につきましては、地域福祉推進会議においてご説明いたします。

ご意見・ご質問ありがとうございました。