

令和3年度第2回熊本市北区地域包括ケアシステム推進会議（書面開催）
ご意見票

期限： 令和4年3月31日（水） までにご返送ください。

メールアドレス: kitafukushi@city.kumamoto.lg.jp
または、FAX: 096-272-0900 宛でも結構です。

※本票の返送をもって出席とさせていただきます。（後日、謝礼をご指定の口座に振り込ませていただきます。）

ご意見等がない場合も、**期限内に必ずご返送**をお願いいたします。

議 事		
議事1 北区地域包括ケアシステム推進方針の決定について	内容をご確認いただき ましたら右枠に○印をご 記入ください	
議事2 決定後の北区地域包括ケアシステム推進方針1, 2, 3の 取り組みについて	意見	いずれかに○を付けてください あ り ・ な し
(ご意見や今後協力できる取組・提案がございましたらご記入下さい。)		
ページ	ご意見やご提案	

氏 名