

長岡京市健康福祉部地域福祉連携室 宛

「長岡京市第2次地域健康福祉（後期）計画（案）」に関する意見

意見者の区分 (該当箇所を○)		①在住 ②在勤 ③在学 ④市内に事務所又は事業所を有する ⑤納税義務を有する ⑥本案件に利害関係を有する ⑦その他
名前		
住所 (在勤・在学の場合は勤務先・学校の住所を記入)		〒 ー
電話番号 電子メールアドレス(任意)		
ご意見	該当箇所 (どの部分についての意見かがわかるように明記)	
	内容 (修正すべき部分、及び改善策など)	

お寄せいただいたご意見等につきましては、これに対する長岡京市の考え方を整理した上で公表します。

なお、個々の意見への個別回答はいたしかねますので、あらかじめご了承ください。