

第5次黒石市地域福祉計画・第2期黒石市成年後見制度利用促進基本計画(案)に対する意見等

提出日	令和8年 月 日( )
氏名 (名称及び代表者氏名)	
住所 (所在地)	〒 -
在住・在学等の区分  〔右欄の該当するもの全て に○をつけてください。〕	<input type="checkbox"/> 市内に住所を有する人 <input type="checkbox"/> 市内に事務所または事業所を有する個人及び法人 その他の団体 <input type="checkbox"/> 市内に通勤または通学する人
ご意見等記入欄 (計画(案)の関係ページ、関係箇所を記入の上、意見を記入してください。)	

1 提出期限 令和8年3月6日(金)

2 提出方法 いずれかの方法により提出してください。

- ① 郵送 〒036-0396 黒石市健康福祉部福祉総務課あて
- ② 持参 黒石市役所わのまちセンター2階  
福祉総務課窓口まで
- ③ ファクシミリ 0172-52-7151 福祉総務課あて
- ④ Eメール kuro-fukusou@city.kuroishi.aomori.jp

3 問い合わせ先 黒石市 健康福祉部 福祉総務課 福祉総務係  
TEL 0172-52-2111 (内線424・425)

※意見募集結果の公表の際には住所、氏名等は公表いたしません。なお、氏名、住所等の個人情報については、パブリックコメント手続き以外には使用しません。