

平成29年度 大村市福祉医療代理申請 日程

	提出期限	備考
平成29年 4月	4月12日（水）	
5月	5月11日（木）	
6月	6月13日（火）	
7月	7月12日（水）	
8月	8月10日（木）	8月10日(木)は15時までに提出をお願いします。
9月	9月13日（水）	
10月	10月11日（水）	
11月	11月13日（月）	
12月	12月13日（水）	
平成30年 1月	1月11日（木）	
2月	2月13日（火）	
3月	3月13日（火）	

※大村市役所福祉総務課に提出してください。