第3次歯科保健計画（案）についての意見書

|  |  |
| --- | --- |
| ふりがな（必須） |  |
| お 名 前（必須） |  |
| ご 住 所（必須） |  |
| 電話番号（必須） |  |
| 市外にお住まいの方の場合、通学・勤務先  （市外の方は必須） | （市外にお住まいの方のみご記入ください）  （勤務先または学校名とその住所） |
| ご意見の内容（必須）（文章修正の場合は、修正した文章と修正の理由もご記入ください） | |
| ご意見箇所  （ページ、行番号、  　修正する文面など） |  |
|  |

■記入上の注意■

　・ご意見をいただいた方の名前、住所等は公表いたしません。

　・ご意見に対して個別には回答いたしかねますので、あらかじめご了承願います。

　・お名前、ご住所（市外の方は通学・勤務先）、電話番号を必ず明記してください。

　・ご意見は日本語で提出ください。

　・提出期限までに到着しなかった場合には、無効とさせていただきます。

　・電話でのご意見は、原則としてお受けできません。

　・計画（案）策定に関係のない意見については、公表並びに市の考え方はお示し

できません。

○提出期限　令和３年３月12日（金）必着

○提出方法　【持参又は郵送の場合】〒959-2656　胎内市西本町11番11号

　　　　　　 　　　　胎内市健康づくり課元気応援係（ほっとHOT・中条）

　　　　　　　　　 【FAXの場合】0254-44-8641

　　　　　　　　　 【電子メールの場合】genki@city.tainai.lg.jp

　　　　 （電子メールの件名は「第3次健康増進計画・歯科保健計画（案）意見書」

とし、送信してください）