

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、あらかじめご了承ください。
- ・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）