【意見提出用紙】

|  |  |
| --- | --- |
| 件　名（必須） | 第三次川越市保健医療計画（原案）に対する意見募集 |
| （ふりがな）氏　名（必須） |  |
| 住　所（必須） | 〒 |
| 連絡先（必須）（いずれか一つをご記入ください） | 　・電話番号　　（　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　）　・ファクス番号　（　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　）　・メールアドレス　（　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　） |
| 区分（必須） | 該当する区分を選択してください　□　市内在住　□　市内在勤（名称・所在地を記入してください）　□　市内在学（名称・所在地を記入してください）　　　（名称　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　）　　　（所在地　　　　　　　　　　　　　　　　　　　）　□　利害関係者　　　（利害内容　　　　　　　　　　　　　　　　　　） |
| 意見の対象となるページ及び項目等（必須） | 個別の項目ではなく全体に対する意見の場合は「全体への意見」とご記入ください。 |
| 意見内容（必須） |
|  |

※この形式以外でも、必要項目が記載されていれば意見書として提出可能です。