

## 【意見提出用紙】

件名(必須)	第二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 ( ) ・ファックス番号 ( ) ・メールアドレス ( )
区分(必須)	該当する区分を選択ください <input type="checkbox"/> 市内在住 <input type="checkbox"/> 市内在勤(名称・所在地を記入してください) <input type="checkbox"/> 市内在学(名称・所在地を記入してください) (名称 ) (所在地 ) <input type="checkbox"/> 利害関係者 (利害内容 )
意見内容(必須)	

※ 上記フォーム以外の形式においても、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。