

パブリックコメント意見提出様式

| | |
|-----|---|
| 計 画 | 第3次知多市国民健康保険データヘルス計画（案）及び第4次知多市国民健康保険特定健康診査等実施計画（案） |
|-----|---|

| | | |
|------------------|--------------------------------------|--|
| ご 連 絡 先 | 住所または所在地 | 〒 |
| | 氏名または法人・団体名 (法人・団体の場合は代表者名ま で) | |
| | 対象者区分 () に○印を付けてください。 | <input type="checkbox"/> 市内在住、在勤又は在学の方 <input type="checkbox"/> 市内に事務所若しくは事業所がある法人又は団体 <input type="checkbox"/> 本市に対して納税義務がある方 |
| | 電話番号・メールアドレス | |
| ※ これらの情報は公表しません。 | | |

| | |
|-------------|---|
| ご 意 見 | (例) 資料○ページの「△」という表現は「□」のほうがよいと思う。 (例) 資料○ページの「△」については「□」を検討してはどうか。 |
| | |
| | |
| | |
| | |
| | |
| | |
| | |
| | |
| | |
| | |
| | |
| | |
| | |

※ 欄が足りない場合は、次頁の様式を追加してご提出ください。

ご意見ありがとうございました。

