

【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）	<ul style="list-style-type: none"> ・電話番号 () ・ファクス番号 () ・メールアドレス ()
区分（必須）	<p>該当する区分を選択してください</p> <p><input type="checkbox"/> 市内在住</p> <p><input type="checkbox"/> 市内在勤（名称・所在地を記入してください）</p> <p><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)</p> <p><input type="checkbox"/> 利害関係者 （利害内容)</p>
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。