

提出様式

「保健センター及び福祉センターの再編方針（案）に対する意見」			
住所	(〒)	電話	
氏名		年齢	
保健センター及び福祉センターの再編方針（案）についてご意見をお寄せください。			
※お寄せ頂いたご意見は、住所・氏名・年齢・電話番号を除き、公表させていただく場合がございますので、あらかじめご了承ください。			