

「第4次燕市健康増進計画・第3次燕市食育推進計画・
第2次燕市歯科保健計画（素案）」についての意見書

ふりがな		
お 名 前（必須）		
ご 住 所（必須）		
連絡先	電話番号（必須）	
	メールアドレス	
市外にお住まいの方の場合、通学・勤務先 （市外の方は必須）		（市外にお住まいの方のみご記入ください） （勤務先または学校名とその住所）
ご意見の内容（必須） （該当箇所、内容など） （記載例）○ページ/□□ については、△△と思います。		

■記入上の注意■

- ・ご意見をいただいた方の名前、住所等は公表いたしません。
- ・ご意見に対して個別には回答いたしかねますので、あらかじめご了承ください。
- ・お名前、ご住所（市外の方は通学・勤務先）、電話番号を必ず明記してください。
- ・ご意見は日本語で提出ください。
- ・提出期限までに到着しなかった場合には、無効とさせていただきます。
- ・電話でのご意見は、原則としてお受けできません。



▲こちらの専用
フォームからも
回答できます。

○提出期限 令和6年1月17日（水）必着

○提出方法【持参又は郵送の場合】〒959-0242 燕市吉田大保町25番15号 燕市保健センター 宛て
〒959-0295 燕市吉田西太田1934番地 燕市健康づくり課 宛て
【FAXの場合】0256-93-5463
【電子メールの場合】kenko@city.tsubame.lg.jp
（電子メールの件名は「第4次燕市健康増進計画・第3次燕市食育推進計画・第2次燕市歯科保健計画（素案）意見書」とし、意見書の内容を送信してください）