**第3次健康ちゃたん21計画（案）に対するご意見**

**１　基本情報**

|  |  |
| --- | --- |
| 氏名又は団体名  （必　須） | 団体の場合：担当者名（　　　　　　　　　　） |
| 住所又は所在地  （必　須） |  |
| 連　絡　先  （必　須）  どちらか一方でも可 | 電話番号：　 　 （　　　） |
| 電子ﾒｰﾙｱﾄﾞﾚｽ： |
| 意見提出者区分  （必　須）  　いずれかに☑を記入 | □（1）本町に住所を有する者  □（2）本町に事務所又は事業所を有する個人、法人その他団体  □（3）本町に通勤又は通学する者  □（4）本町に対して納税義務を有する者 |

※提出いただいたご意見の内容について、確認の連絡をさせていただく場合がありますので、氏名、住所、連絡先等は必ず記入してください。

**２　ご意見内容**

|  |  |
| --- | --- |
| **該当箇所**  **（第●章、〇貢）** | **ご意見**  **（どの部分に対するご意見かをわかりやすく記載してください。）** |
|  |  |

【送付先・連絡先】

担 当 北谷町 住民福祉部 保健衛生課 健康係

住 所 沖縄県中頭郡北谷町字桑江731番地

　　　　　　　（北谷町保健相談センター内）

電 話　098-936-4336（直通）

F A X　098-936-4440

Email　hokeneiseika@chatan.jp