|  |  |
| --- | --- |
| 町民意見公募手続　意見提出様式  令和　　年　　月　　日  八　雲　町　長　　様  住　　所  氏　　名  電話番号  （法人その他の団体にあっては、所在地、名称及び代表者氏名） | |
| 案件名 | 八雲町健康増進計画（中間評価及び見直し版・案）について |
| （意見及びその理由） | |

注）住所・氏名・連絡先電話番号は、必ず記入願います。

　　不明な点は、保健福祉課健康推進係へお問い合わせ願います。

　　本意見の募集期間は、令和２年１月１４日から２月１４日までです。