意　見　提　案　様　式

『明和町健康増進計画（第３次）』に対する意見等

|  |  |
| --- | --- |
| お名前（法人・団体名等） |  |
| ご住所（所在地） |  |
| ご連絡先(電話番号または電子メールアドレス） |  |

|  |
| --- |
| ※下記に該当するページ及び項目についてご記入のうえ、ご記入ください。 |
| ご意見等 |  |

※募集結果の公表の際は、いただいたご意見以外の内容は公表しません。

なお、お名前、ご住所の記載がないものは無効とさせていただきます。

※締切　　令和７年２月17日（月曜日）必着

※提出先 【郵送】〒370-0708

群馬県邑楽郡明和町新8番地1 明和メディカルセンタービルB館1階

　　　　　　　　　　　　 明和町　保健センター　宛

　　　　　　　　 【Mail】kenkou@town.meiwa.gunma.jp