意見書（任意様式）

袋井市長寿しあわせ計画（案）についての意見

袋井市健康長寿課　宛

注意：内容などについて確認させていただく場合がありますので必ず記入してください。

住　　所	
氏　　名	
連 絡 先	TEL　　FAX・メールアドレス（お持ちの方）

※ご記入いただいた住所、氏名・団体名、連絡先は本意見募集以外の目的で使用しません。また、意見募集結果の公表の際はご意見の内容以外（住所・氏名等）は公表しません。

掲載箇所 (ページ数など)	ご　意　見

★ 住所、氏名、連絡先を記入し、12 月９日(水)までにいずれかの方法で提出してください。

〇直接持参　〇郵送　〒437-0061 袋井市久能 2515 番地の１

袋井市総合健康センター　健康長寿課

〇ＦＡＸ：0538-84-7582　〇Ｅメール：chiikihoukatsu@city.fukuroi.shizuoka.jp

★ ご意見は、本計画策定の参考とさせていただきます。

★ 個人情報につきましては、厳正に管理し、他の目的に利用することはありません。

★ 提出は 12 月９日(水)午後４時 00 分まで（必着）です。郵送の場合は当日消印有効です。