**意　見　書**

|  |  |
| --- | --- |
| **宛　　先** | 日高村保健センター　健康福祉課 |
| **件　　名** | 「日高村国民健康保険第3期特定健康診査等実施計画（案）」 |
| **氏　　名** | （フリガナ） |
|  |
| **住　　所** |  |
| **電話番号** |  | **FAX番号** |  |
| **ご 意 見** | ※該当するページと項目を明記し、ご記入ください。【記入例】　P.21　第２章　特定健康診査の実施状況４.特定健康診査の実施状況に基づく課題と対策　　◆特定健診受診率　　　　　　　　　　　について、～と考える。 |

※「氏名」「住所」「電話番号」「ご意見」は必ずご記入ください。

※意見集約結果の公表の際には、ご意見の内容以外（氏名等個人情報に関する事項）は公表しません。

※意見書は、持参、郵送、FAX、電子メールのいずれかの方法にて提出してください。