

「第3期仙台市地域保健福祉計画（中間案）」に対するご意見をお寄せください

■ 意見募集期間 平成27年12月1日（火）～平成27年12月28日（月）（必着）

■ 応募方法（※電話や窓口など、口頭による受付はいたしませんのでご了承ください。）

- 郵 送 : 〒980-8671 仙台市健康福祉局社会課（郵便番号とあて名だけで届きます）
- F A X : 022-214-8194
- 電子メール : fuk005320@city.sendai.jp （件名（タイトル）に「中間案への意見」と記載ください）

■ 留意事項

- 住所、氏名等（法人・団体の場合は所在地、名称、代表者名）を必ず記入してください。
- 本様式でスペースが不足する場合、本様式を複写して使用するか、任意の様式を追加してください。
- 任意の様式でも提出可能です。その場合は住所、氏名等をお忘れなく記入してください。
- ご記入いただいた個人情報は適切に管理し、他の目的に利用することはありません。
- お寄せいただいたご意見については、その概要や対応の考え方を取りまとめた上で後日公表する予定です。
なお、個別の回答はいたしませんのでご了承ください。
- 中間案の内容はホームページでもご覧になれます。（<http://www.city.sendai.jp>）

※□欄は、該当箇所にチェック（☑）してください

個人	氏 名			□男性 □女性
	住 所			
	年 齢	□10代以下 □20代 □30代 □40代 □50代 □60代 □70代以上		
法人 団体	法人・団体名		代表者名	
	所在地			

該当するページ・項目	ご意見・ご提案記入欄

ご意見ありがとうございました。