

「岩出市新型インフルエンザ等対策行動計画（改定案）」
意見記入用紙

案件名 岩出市新型インフルエンザ等対策行動計画（改定案）	
住所	
ふりがな	電話番号
氏名	
市外の方は、勤務先、学校名、所属団体名等をご記入ください	
意見記入欄	
該当ページ (該当箇所など)	ご意見の内容

※意見等が上記欄中に記載しきれない場合は、別紙（様式不問）に記載してください。

【提出先・問い合わせ先】

〒649-6292 岩出市西野 209 番地 保険介護課 健康推進係

電 話：0736-62-2141（内線 340）

F A X：0736-62-5548（保険介護課あて）

メー ル：herusu@city.iwade.lp.jp