

【ご意見提出用紙】

【送付枚数_____枚】

長崎県福祉保健部国保・健康増進課 健康づくり班 あて
(FAX 095-895-2575)

※ご意見の内容について確認させていただくこともありますので、以下の連絡先
をご記入ください。なお、個人情報の保護については、厳正に取り扱います。

ご 連 絡 先	件 名	「歯なまるスマイルプランⅢ」(素案)に対する意見
	氏 名	
	住 所	〒
	電話番号	
<p><該当箇所> 該当ページ番号・・・ _____ ページ</p> <p>該当項目名称…</p>		
<p><意見内容></p>		