新冠町国民健康保険診療所改築基本構想パブリックコメント　意見等提出様式

**※住所・名前を必ずご記入ください。**　　　　　　　　意見提出日　令和　　　年　　　月　　　日

|  |  |
| --- | --- |
| 住　　所（所在地） | 〒（ご住所） |
| 名　　前（名　　称） | （お名前）**パブリックコメントのご提出対象者は次のとおりです。**1. 町に住所を有する方
2. 町に事務所または事業所を有する方
3. 町の事務所または事業所に勤務されている方
4. 町に納税義務を有する方
5. 上記に該当されない方で診療所をご利用になっている方

　（差し支えなければ以下もお答えください）・ご職業（法人・団体の場合主な業種）　　　　　　　　・性別　男　女　・年齢　　　歳　 |
| 電話番号 | ※意見内容の確認が必要となる場合がありますので、連絡先のご記入をお願いします。 |
| 案の名称 | **新冠町国民健康保険診療所改築基本構想について** |
| 意見等記載欄 |  |

※提出にあたっては、この様式のほか、任意の様式でも構いません

　※ただし、任意の場合でも、この様式と同様の内容を記入のうえご提出ください