第３期稲沢市国民健康保険保健事業実施計画（データヘルス計画）（案）について

　　　　　　　　皆さんの御意見をお聞かせください

|  |  |
| --- | --- |
| 案件名 |  |
| 住　　所 |  |
| 氏　　名 |  | 年　　齢 |  |
| 職　　業 |  | 電話番号 |  |
|  |

御意見は、案件名、住所、氏名（または団体名）、年齢、職業、電話番号を御記入の上、下記送付先へ持参していただくか、郵送、ファックス又は電子メールにて提出してください。

　○送付先　　　〒４９２－８２６９　稲沢市稲府町１番地

　　　　　　　　 　　　　　　 稲沢市役所 市民福祉部 国保年金課 国保グループ

 ○ファックス　０５８７－３２－８９１１

　○電子メール　kokuho-pub @city.inazawa.aichi.jp

※お寄せいただいた御意見は、検討の後に意見の概要とこれに対する回答を公表しますが、個々の御意見に直接は回答しませんので、御了承をお願いします。

問合先

　稲沢市役所 市民福祉部 国保年金課 国保グループ

 電話　０５８７－３２－１３１２（ﾀﾞｲﾔﾙｲﾝ）