

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。

問合せ先
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（ダイヤル付）