

「身延町新型インフルエンザ等対策行動計画」改定案に係る 意見等申出書

* 意見等のお申し出は …

▼この専用様式にて必要事項を記載し、次のいずれかの方法でお申し出ください。(窓口や電話による口頭でのお申し出には、対応いたしませんのでご承知おきください)

▶ご持参の場合：福祉保健課(中富保健福祉センター内)、本庁舎、支所、出張所に設置の専用ボックスに投函してください。

▶郵送の場合：「〒409-3304 身延町切石117-1 身延町役場 福祉保健課 パブリックコメント担当あて」にお送りください。

▶FAXの場合：FAX番号「0556-20-4554」にお送りください。番号のお間違えにご注意ください。

▶電子メールの場合：「fukushihoken@town.minobu.lg.jp」にお送りください。アドレスのお間違えにご注意ください。

▼お申出の受付期間は、令和8年4月1日(水)～24日(金)正午[必着]です。

● 申出者

- ▶ 申出資格要件 … 次の該当する資格要件いずれかに✓を記載してください。
* 該当しない場合は、お申し出になることはできません。

- (1) 身延町内に住所を有する方
 (2) 身延町内に通勤し、又は通学されている方
 (3) 身延町内に事務所又は事業所を有する個人又は法人その他の団体
 (4) 上記(1)～(3)のほか、身延町が行う施策等に利害関係を有するもの

▶ ご住所 〒

▶ お名前 (ふりがな)

▶ 電話番号

▶ メールアドレス

● 申出の要旨

● 申出の詳細 (具体的にご記入ください)