

阿賀野市パブリックコメント意見書

平成 年 月 日

件 名 (政策等の案の名称)	第2期阿賀野市国民健康保険保健事業実施計画（データヘルス計画）・第3期特定健康診査等実施計画（案）について
意見の提出者 住 所（所在地）	
氏 名（名称）	
電 話 番 号	
意見提出者の区分 ※該当する番号に○ をつけてください。	1. 市内に住所を有する者 2. 市内の事務所または事業所に勤務する者 3. 市内の学校に在学する者 4. 市内に事業所等を有する法人その他の団体 5. パブリックコメント手続に係る事案に利害関係を有する者
意 見	※意見および理由を記載してください。 ※ページや項目名を記載するなど、どの部分についての意見か、当該箇所が分かるように明記してください。（記入例）○ページの○○について、○○○という表現を加えるべきである。

○意見欄が足りないときは、別紙（様式不問）を添付してください。

○全ての項目に記入してください。項目に記入がない場合には、意見として検討されない場合がありますので、注意してください。

【問い合わせ】

〒959-2092 阿賀野市岡山町 10 番 15 号 阿賀野市健康推進課成人係（水原保健センター1 階）

TEL：0250-62-2510（内線 2610） FAX：0250-62-2513 電子メール：kenko@city.agano.niigata.jp