

阿賀野市パブリックコメント意見書

令和 年 月 日

件 名 (政策等の案の名称)	第3次阿賀野市歯科保健計画(案)
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ご意見か、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 民生部 健康推進課 成人係(水原保健センター 1 階)

TEL : 0250-62-2510 (内線 2638) FAX : 0250-62-2513 電子メール : kenko@city.agano.niigata.jp