

「船橋市立医療センター建替基本構想（案）」に対する意見

住 所 (所在地)	
氏 名 〔 法人その他の団体にあつては 名称及び代表者の氏名 〕	
電 話 番 号 (任意) ※ご意見の内容に不明な点があった場 合の連絡・確認に使用します	
市外の方は、右欄の該当する 項目にチェックしてください	<input type="checkbox"/> 市内に事務所・事業所を有する <input type="checkbox"/> 市内に通勤・通学をしている <input type="checkbox"/> この案に利害関係がある
【意見】	

※意見募集の様式は問いませんが、こちらの「意見提出様式」をご利用いただくこともできます

【提出期限】

平成29年3月10日（金）必着

【提出先】

＜郵 送＞〒273-8501（※住所不要）

船橋市 健康政策課

＜F A X＞047-436-2409

＜電子メール＞kenkoseisaku@city.funabashi.lg.jp

＜持参の場合＞船橋市役所3階 健康政策課

【問合せ先】

船橋市 健康福祉局 健康・高齢部 健康政策課 企画係

電話 047-436-2412