**意見提出様式**

**「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っ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 | □　市内に事務所・事業所を有する□　市内に通勤・通学をしている□　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

＜ＦＡＸ＞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