

## 諫早市健康保険部健康推進課 あて

ふりがな 氏 名 ※必須		年齢	歳
住 所 ※必須	〒            ー		
電話番号			
ご 意 見	【該当箇所又は案全体】		
	【意見内容】		

※ご意見の内容につきましては、とりまとめて公表する予定です。その際、同趣旨のご意見がある場合はまとめて公表することがあります。なお、いただいたご意見は、個人情報を除きすべて公開される可能性がありますことをご承知おきください。

【意見応募方法】

- ① ご持参いただく場合：諫早市健康保険部健康推進課又は各支所地域総務課  
② 郵 送：〒854-8601 諫早市東小路町 7-1 諫早市健康保険部健康推進課あて  
③ F A X：0 9 5 7 - 2 7 - 0 7 1 7 諫早市健康保険部健康推進課あて  
④ 電子メール：kenkou@city.isahaya.nagasaki.jp