**睦沢町国民兼保険『第３期データヘルス計画・第４期特定健康診査実施計画』（案）に関するご意見・ご提言**

|  |  |
| --- | --- |
| 氏名（必ず記載してください） | 性別　　□　男性　　□　女性  年齢　　　　　　歳 |
| 住所（必ず記載してください） | 電話番号  　　　　―　　　　― |

|  |
| --- |
| ご意見・ご提言の内容 |

　提出期限　　令和６年２月１９日（月）１７時まで

　ご意見等の提出先および問合せ先、提出方法

1. 提出先およびお問い合せ先

睦沢町健康保険課　ＴＥＬ　０４７５（４４）２５７６

ＦＡＸ　０４７５（４４）２５２７

1. 提出方法　　次のいずれかの方法により提出して下さい。

１．実施担当部署への直接持参（役場健康保険課内に限ります。）

２．郵便の場合　〒299-4492　睦沢町下之郷1650番地1「睦沢町健康保険課」

３．ファクシミリの場合　０４７５－４４－２５２７

４．電子メール　hoken＠town.mutsuzawa.chiba.jp

**※結果の公表の際には、ご意見以外の内容（住所、氏名等）は公表はいたしません。**