

## 沖縄市新型インフルエンザ等対策行動計画（案）に対する意見等（様式）

受付日：令和 年 月 日

住所 ※必須 (法人等は所在地)	〒 一		
ふりがな			
氏名/年齢 ※必須 (法人等は名称および 代表者氏名)			
連絡先 ※必須	電話： FAX：	E-mail：	
あてはまるものに○ をつけてください。 ※必須	① 本市に住所を有する		② 本市に事務所又は事業所を 有する個人、法人その他団体
	③ 本市に通勤又は通学する		④ 本市に対して納税義務を有 する
<b>意 見 等 記 入 欄</b>  <small>※ 意見等に関する該当ページがあれば、ページ番号等の記入もお願いします。</small>			

- 提出されたご意見等に対する回答は、ホームページ上にて公表しておこないます。なお、提出者への個別の回答はおこないませんので、ご了承ください。
- 類似のご意見等が複数ある場合は、一括で回答させていただきます。
- 電話・口頭によるご意見等、または、住所・氏名、連絡先の記入がない場合は、受付ができませんのでご了承ください。
- 「連絡先」あてに、ご意見等の内容を確認させていただく場合があります。
- 「意見等記入欄」が足りない場合は、別紙を添付してください。
- 提出されたご意見等のうち、本事業計画等と関係のないもの、または、第三者を誹謗中傷する内容が含まれているものについては、公表しない場合があります。
- 本様式に記載された個人情報は、一切公表いたしません（本業務以外には使用しません）。