

様式 7

## パブリックコメント記入用紙

件 名	第 2 期富士見市健康推進計画～ハピネス健康ふじみ～（案）
-----	-------------------------------

該当する項目一つに☑をお願いいたします。

☐①市内にお住まいの方      ☐②市内の法人、団体      ☐③市外から富士見市に通勤、通学の方

☐④上記以外で利害関係を有する個人      ☐⑤上記以外で利害関係を有する法人、団体

お名前（法人や団体の方は代表者名） 【必須】	
ご住所（所在地）【必須】	
メールアドレス （半角英数字）【必須】	※入力いただいたアドレス宛てに、担当者から受領確認のメールを送信します。
法人名または団体名 （②または⑤の方はご記入ください）	
通勤先または通学先の名称及び所在地 （③の方はご記入ください）	名称
	所在地
利害関係の内容 （④または⑤の方はご記入ください）	

※施策に対するご提案をお願い致します。感想等の記載に関しましては、回答いたしかねます。  
書き切れない場合は、裏面にお書きください。

<p>（1）提案箇所（例、P 1 8 の〇〇〇〇について。）</p> <p>提案内容（例、〇〇のため、□□の方が良いと考える。）</p>
<p>（2）提案箇所</p> <p>提案内容</p>

- 募集期間 令和8年1月5日（月曜日）～令和8年2月4日（水曜日）〔必着〕
- 提出先 〒354-0021 富士見市大字鶴馬3351-2 富士見市健康増進センター健康づくり支援係  
電話 049-252-3771 FAX 049-255-3321