**１　氏名、住所、連絡先等をご記入ください。**　**※必須**

|  |  |
| --- | --- |
| 氏名  （名称） |  |
| 住　所  （所在地） |  |
| 連絡先 | （電話番号・メールアドレス） |
| 対象区分  （該当番号に〇） | １　白石市内に住所を有する方  ２　白石市内に事業所または事務所を有する個人・法人・団体など  （事業所名称：　　　　　）  ３　白石市内に通勤・通学する方  （会社・学校名称：　　　）  ４　白石市内に移住を検討している方 |

**２　第３次白石市健康プラン21・第２期白石市自死対策計画（案）に関するご意見をご記入ください。**

|  |  |  |
| --- | --- | --- |
| 該当頁 | 該当箇所､項目など | ご意見・提案内容・提案理由 |
|  |  |  |
| 【提出・問い合わせ先】  白石市保健福祉部健康推進課　（健康センター１階）  〒989-0292　白石市大手町1-1  電話：0224-22-1362　　　／　　ＦＡＸ：0224-22-1320 | | | |

・ご意見に対する市の考え方を募集期間終了後に市ホームページでお知らせします。

・提出された個人情報は、白石市個人情報保護条例に基づき適切に取り扱いますので、住所や氏名などは公表の対象としません。

・住所、氏名などの必要事項の記入がない意見や電話（口頭）での意見、計画案に関係のない意見などの受付は行いません。また、ご意見をいただいた個人や法人、団体へ直接回答も行いません。

・匿名の意見、誹謗中傷などを内容とする意見、字句の訂正に関する意見等は、公表の対象としません。