

高知県新型インフルエンザ対策行動計画改定(案)へのご意見・ご提案

高知県健康政策部健康対策課 あて

平成 年 月 日

住所（所在地）	〒
氏 名	
電 話 番 号	
電子メールアドレス	
(ご意見・ご提案)	

※提出期限：平成24年3月22日（木）

※提出先：高知県健康政策部健康対策課

FAX：088-873-9941

E-mail：kansensyou@ken.pref.kochi.lg.jp

注) 法人又は団体にあつては、その名称及び代表者の氏名を記載してください。

意見募集結果の公表の際には、ご意見の内容以外は公表いたしません。