

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)に関するご意見記入用紙

ご意見募集期間	令和7年3月5日(水)～令和7年3月12日(水)【必着】
---------	------------------------------

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○)	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 / F A X：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、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。