

県 民 意 見 提 出 書

(「福島県保健医療福祉復興ビジョン中間整理案」への意見)

宛 先	福島県 保健福祉部 保健福祉総務課
氏 名 (団体の場合は名称)	
住 所 (又は所在地)	〒 ー
電 話 番 号(※)	

(※) 提言者ご本人に直接つながる連絡先(携帯電話番号等)をご記入ください。

ご 意 見			
No.	ページ	行 目	ご 意 見 の 内 容 と そ の 理 由
1			
2			
3			
4			