

## 新型インフルエンザ等対策八戸市行動計画（改定原案）への意見

記入日 令和 年 月 日

ふりがな			
お名前 (必須)		連絡先 (必須)	
ご住所 (必須)	〒		

【ご意見】

※新型インフルエンザ等対策八戸市行動計画（改定原案）の記載内容に関するご意見の場合は、該当箇所がわかるようにページ番号等を示した上で、内容をご記入ください。