

FAX 092-711-4818
■電子メール s-shien.PHWB@city.fukuoka.lg.jp

福岡市保健福祉総合計画に対する意見提出用紙

※ご意見・ご提案は複数枚になって構いません。
※可能な限り、計画の該当・関連箇所（ページ・項目名）もご記入ください。

お名前		
計画該当・ 関連箇所	ご意見（課題・問題点等）	ご提案（具体的にご記入ください。）
（ ） 頁 項目名		
（ ） 頁 項目名	（注）これは委員からの 意見を募集するものです。	
（ ） 頁 項目名		
（ ） 頁 項目名		
（ ） 頁 項目名		

ご提出期限：令和2年1月31日（金）