

中津川市新型インフルエンザ等対策行動計画(素案)に関するご意見

氏 名【必須】 (法人・団体の場合は 名称と代表者名)	
住所または所在地【必須】	〒 ー
通勤・通学先の所在地と名称 ※市外在住の場合	
連絡先【必須】 (電話番号又は メールアドレス)	
ご 意 見	
ページ番号及び該当箇所をご記入ください (ご意見)	

応募期間

令和8年1月13日(火)～令和8年2月12日(木)

提出先

- 1 郵送 〒508-8501 中津川市かやの木町2番1号 中津川市役所医療福祉部健康課宛
- 2 直接提出 中津川市健康福祉会館1階健康課窓口(28番)
※平日 8:30～17:15(土日祝日を除く)の業務時間内
- 3 電子メール kenkou★city.nakatsugawa.lg.jp

(迷惑メール防止のため、文字を変えています“★”を“@”に変換してください。)

※意見等の記入欄が足りない場合は、別紙を添付することができます。

※いただいたご意見は、とりまとめ後、市 HP 等で公表いたします。ご意見をいただいた方の氏名などの個人情報は一切公表しません。