

県 民 意 見 提 出 書

「福島県がん対策推進計画（素案）」への意見

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

(※) 提言者御本人に直接つながる連絡先（携帯電話番号等）を御記入ください。

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