

高松市新型インフルエンザ等対策行動計画（改定案）についての パブリックコメント

※印の項目については、差し支えなければ、御記入ください。

氏名（必須）	(フリガナ)
住 所（必須）	〒
※電話番号	
※メールアドレス	
高松市新型イン フルエンザ等対 策行動計画（改 定案）に対する意 見とその理由	(意見)
	(理由)

御協力ありがとうございました。