

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。