

なお、提出されたご意見等に対し、お返事をすることはできませんので、あらかじめご了承ください。

区 分	<p>該当する□に✓をご記入ください。</p> <p><input type="checkbox"/> 鹿沼市在住</p> <p><input type="checkbox"/> 鹿沼市在勤（事業所名）</p> <p><input type="checkbox"/> 鹿沼市在学（学校名）</p>
（フリガナ） 氏 名 （必須）	<p>（ ）</p> <p>（団体の場合は、団体の名称と代表者職氏名をご記入ください。）</p>
生年月日	年 月 日（満 歳）
住 所 （必須）	〒 ー
電話番号	<p>ー ー</p> <p>（内線がある場合は、内線番号もご記入ください。）</p>
メール アドレス	<p> @</p> <p>（必要に応じてご記入ください。）</p>
タイトル	鹿沼市自殺対策計画（第2期）（案）について
意見等 （必須）	<p>（文章が長くなる場合は、意見等を記入した別紙を添付してください。）</p>

・直接持参（提出先：鹿沼市役所行政棟2階6番窓口（健康課））