

| 石川県新型インフルエンザ等対策行動計画（案）について 【ご意見用紙】 | | | |
|------------------------------------|--|------|---|
| 氏名 | | 電話番号 | |
| 住所 | | | |
| 性別 | <input type="checkbox"/> 男 <input type="checkbox"/> 女 | 年齢 | <input type="checkbox"/> 20歳未満 <input type="checkbox"/> 20代 <input type="checkbox"/> 30代 <input type="checkbox"/> 40代 <input type="checkbox"/> 50代 <input type="checkbox"/> 60代 <input type="checkbox"/> 70代以上 |
| (該当項目にチェック) 項目 | <input type="checkbox"/> I 始めに <input type="checkbox"/> II 新型インフルエンザ等対策の実施に関する基本的な方針 <input type="checkbox"/> III-1 未発生期 <input type="checkbox"/> III-2 海外発生期 <input type="checkbox"/> III-3 県内未発生期 <input type="checkbox"/> III-4 県内発生早期 <input type="checkbox"/> III-5 県内感染期 <input type="checkbox"/> III-6 小康期 <input type="checkbox"/> その他 () | | |
| [意見] | | | |

注：ご意見は、1項目につき1枚でお願いいたします。
記入欄が不足する場合は、用紙を追加してご記入ください。