

【意見提出用紙】

予防接種に関する事務に係る特定個人情報保護評価書（案）  
に対する意見書

（ふりがな） 氏 名（必須）			
住 所（必須）	〒		
連絡先（必須）  （ どちらかを ご記入ください ）	・ 電話番号 （ ） ・ F A X 番号 （ ） ・ 電子メール （ ）		
市内にお住まい でない方 （区分）	市内にお住まいでない方は、該当する区分をご選択ください（必須） <input type="checkbox"/> 市内在勤 （名称 ） （所在地 ） <input type="checkbox"/> 市内在学 （名称 ） （所在地 ） <input type="checkbox"/> 利害関係者 （利害内容： ）		
意見内容（必須）			
※ご意見は該当箇所（ページ、行数など）を指摘し、具体的にご記入ください。			
<table border="1"><tr><td style="text-align: center;">収受</td></tr><tr><td style="height: 100px;"></td></tr></table>		収受	
収受			

上記フォーム以外の形式においても、必要項目が記載されていれば意見書として提出可能です。

※ 電話でのご意見は原則としてお受けできません。

●提出期限 令和3年11月16日（火曜）消印有効

●提出方法

・ 郵送 〒950-0914

新潟市中央区紫竹山3丁目3番11号 新潟市 保健衛生部 保健所保健管理課

・ ファックス 025-246-5672（この用紙をそのままご利用いただけます。）

・ 電子メール [hokenkanri@city.niigata.lg.jp](mailto:hokenkanri@city.niigata.lg.jp)（この用紙を添付するか、必須事項をご記入ください。）

・ 直接 保健管理課（新潟市総合保健医療センター 2階）、各区役所地域課・地域総務課、  
市政情報室（市役所本館 1階）、中央図書館（ほんぽ一と）、各出張所