

# 의 건 서

의견제출자	주 소			
	성 명 (단체명)		연락처	
제6기 지역보건 의료계획 수립(안)에 관한 의견				

※ 제6기 성북구 지역보건의료계획(안)에 관한 의견을 제출합니다.

2014년    월    일

제출자

(서명 또는 인)

성북구청장 귀하