〔ご意見提出用紙〕

長崎県　福祉保健部　障害福祉課（精神保健福祉班）あて　　　【送付枚数　　　枚】

（FAX：０９５－８２３－５０８２

※ご意見の内容を確認させていただくことがありますので、以下の連絡先をご記入ください。なお、個人情報の保護については、厳正に取り扱います。

|  |  |  |
| --- | --- | --- |
| ご連絡先 | 件　名 | 「長崎県アルコール健康障害対策推進計画（素案）」に対する意見 |
| ご氏名 |  |
| ご住所 | 〒 |
| 電話番号 |  |

【ご意見】

※項目名には「該当する章（例：第４章）とご意見をいただく部分の題名（例：教育の振興等）をご記入ください」

|  |  |  |
| --- | --- | --- |
| 該当箇所 |  | ご意見内容 |
| 項目名項目名 |  |  |