

〔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		