

[意見提出用紙]

長崎県福祉保健課 あて (FAX095-895-2570)

【送付枚数 _____ 枚】

*ご意見の内容について確認させていただくこともありますので、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	「長崎県再犯防止推進計画」素案に対する意見
	氏名	
	住所	〒
	電話番号	
《該当箇所》		
該当ページ番号… _____ ページ		
該当項目名称… (_____)		
《意見内容》		