

【ご意見提出用紙】

【送付枚数\_\_\_\_\_枚】

長崎県福祉保健部福祉保健課（地域福祉班）あて  
(FAX 095-895-2570)

※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	「第二次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	
	Eメール	
<該当箇所>		
該当ページ番号・・・_____ページ		
該当項目名称…		
<意見内容>		