

【ご意見提出用紙】

【送付枚数_____枚】

長崎県福祉保健部 障害福祉課 精神保健福祉班 あて
(FAX 095-823-5082)

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3期長崎県ギャンブル等依存症対策推進計画(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>		