

【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	
<p>< 該当箇所 > 該当ページ番号… _____ ページ</p> <p>該当項目名称...</p>		
<p>< 意見内容 ></p>		