

【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>