

〔ご意見提出用紙〕

長崎県 福祉保健部 障害福祉課（精神保健福祉班）あて 【送付枚数 枚】
（FAX：095 - 823 - 5082）

ご意見の内容を確認させていただくことがありますので、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2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
	ご氏名	
	ご住所	〒
	電話番号	

【ご意見】

項目名には「該当する章（例：第3章）とご意見をいただく部分の題名（例：教育の振興等）をご記入ください」

該当箇所	ご意見内容
項目名	
項目名	