

【ご意見提出用紙】

【送付枚数 _____ 枚】

長崎県福祉保健部地域保健推進課 感染症対策担当 あて
(FAX 095-895-2577)

※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	「長崎県新型インフルエンザ等対策行動計画（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>