

〔ご意見提出用紙〕

長崎県 福祉保健部 医療政策課（がん対策班）あて 【送付枚数 枚】
 (FAX：095-895-2573)

※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期長崎県循環器病対策推進計画（素案）」に対する意見
	ご 氏 名	
	ご 住 所	〒
	電話番号	

【ご意見】

該当箇所	ご意見内容
ページ： 項目名：	
ページ： 項目名：	