

【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（企画予算班）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	「長崎県福祉保健総合計画（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>		