意見提出用紙

「第２期大阪府アルコール健康障がい対策推進計画（案）」に対する府民意見等の募集について

連絡先	氏名又は団体名	フリガナ
	住所又は所在地	〒　　－
	電話番号 （団体の場合ご担当者名）	（　　　）　　－ （ご担当者：　　　　　　）
	電子メールアドレス （お持ちの方のみ）	

※上記【連絡先】欄内に記入していただいた事項については公表しません。

ご意見の内容	**ご意見・ご提言内容の公表について** ※いただいたご意見は原則公表します。 公表を希望しない場合は右の□を黒く塗りつぶしてください。	□　公表不可

【締　切】令和６年２月１５日（木曜日）　（※郵送の場合は消印有効）

【送付先】大阪府　健康医療部　保健医療室　地域保健課　依存症対策グループ　あて

〇郵送の場合　　〒540－8570　大阪府大阪市中央区大手前２丁目

〇ＦＡＸの場合　　ＦＡＸ番号　06-4792-1722

【個人情報の取扱いについて】

提出された意見の内容を確認させていただく場合があることから、氏名・住所・電話番号等の連絡先の記載をお願いしています。

これらの個人情報については公表せず、他の目的に利用・提供しないとともに適正に管理します。