

「第3次大阪府歯科口腔保健計画（案）」に対するご意見・ご提言

連絡先	氏名又は団体名	フリガナ
	住所又は所在地	〒 ー
	電話番号 (団体の場合ご担当者名)	() ー (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。

※該当する項目の口を黒く塗りつぶしてください。 ※ご意見の提出は1項目について1枚でお願いします。	
該当項目	該当ページ
<input type="checkbox"/> 第1章 第3次計画の基本的事項	
<input type="checkbox"/> 第2章 第2次計画の評価	
<input type="checkbox"/> 第3章 府民の歯と口の健康をめぐる現状と課題	
<input type="checkbox"/> 第4章 基本的な考え方	
<input type="checkbox"/> 第5章 取組みと目標	
<input type="checkbox"/> 第6章 計画の推進体制	
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口を黒く塗りつぶしてください。	
ご意見の内容	<input type="checkbox"/> 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】大阪府健康医療部健康推進室健康づくり課 総務・歯科・栄養グループ あて

○郵送の場合 〒540-8570 大阪府大阪市中央区大手前2丁目1番22号
大阪府健康医療部健康推進室健康づくり課
総務・歯科・栄養グループ

○FAXの場合 FAX番号 06-6944-7262

【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・提供しないととも適正に管理します。