**（意見記入用用紙）**

**第２期北海道アルコール健康障害対策推進計画（素案）**

○　住所　〒　　　　―

○　氏名（団体の名称）

○　意見受付後の連絡先【電子メールの送信・電話・ファクシミリ・郵送】

　※連絡先をご記入ください。

|  |
| --- |
| ご意見 |
|  |
| 提出先・問い合わせ先  〒０６０－８５８８　札幌市中央区北３条西６丁目  　　　　　　　　　　北海道保健福祉部福祉局障がい者保健福祉課精神保健医療係  　　　　　　　　　　電話　　　　０１１－２３１－４１１１　内線２５－７３７  　　　　　　　　　　ファックス　０１１－２３２－４０６８ |

※　この用紙・様式以外で提出いただいても構いませんが、住所、氏名などはお忘れ無く御記入ください。

※　意見の要旨と併せて、意見を提出された方の住所（市町村名のみ）を公表すること　　　があります。