**岩手県アルコール健康障害・ギャンブル等依存症対策推進計画素案についての意見提出用紙**

|  |  |
| --- | --- |
| お住まいの市町村 |  |
| 氏　名 |  |

○　提出していただいた御意見は、**パブリック・コメントによる御意見として取り扱い、**御意見に対する県の考え方と併せて、**ホームページ等で公表**します。

○　上記公表に当たっては、**氏名は一切公表しません。**

○　御意見に対する**個別の回答を行いません**ので、あらかじめ御了承願います。

|  |  |
| --- | --- |
| 御意見 |  |

※　本様式を活用して、以下の方法により提出することもできます。

　　郵　送 ： 〒020-8570　岩手県 保健福祉部 障がい保健福祉課

　　ＦＡＸ ： 019-629-5454

　　電子メール： AD0006@pref.iwate.jp

※　御意見の提出につきましては、任意様式でも構いません。