意　見　書

年　　月　　日

福岡県保健医療介護部健康増進課
　　　　こころの健康づくり推進室　あて

郵便番号：〒　　　　－
（ふりがな）
住　　所：
（ふりがな）
氏　　名：
電話番号：
電子ﾒｰﾙｱﾄﾞﾚｽ：

「福岡県ギャンブル等依存症対策推進計画（案）」について、以下のとおり意見を提出します。

（別紙に記載する場合は「別紙に記載」と記載し、意見を記載した別紙を添付してください。）

注１　法人又は団体にあっては、その名称及び代表者の氏名を記載してください。

注２　用紙の大きさは、日本工業規格Ａ列４番としてください。別紙に記載する場合は、ページ番号を記載してください。