

「大阪府ホームレスの自立の支援等に関する実施計画」(素案) に対するご意見

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□を黒く塗りつぶしてください (□印から■印に変更してください)		
	該 当 項 目	該 当 ペ ー ジ
該 当 項 目	<input type="checkbox"/> 1. 大阪府におけるホームレス自立支援施策の基本的方針	
	<input type="checkbox"/> 2. 大阪府におけるホームレスの状況	
	<input type="checkbox"/> 3. 大阪府におけるホームレス自立支援施策の取り組み	
	<input type="checkbox"/> (1) 巡回相談指導事業による伴走型支援の実施	
	<input type="checkbox"/> (2) 保健・医療の確保	
	<input type="checkbox"/> (3) 生活保護の実施	
	<input type="checkbox"/> (4) 就業機会の確保・就労支援	
	<input type="checkbox"/> (5) 安定した居住場所の確保	
	<input type="checkbox"/> (6) ホームレスになるおそれのある者に対する支援	
	<input type="checkbox"/> (7) ホームレスの人権擁護	
	<input type="checkbox"/> (8) 地域における生活環境の改善	
<input type="checkbox"/> (9) 地域における安全・安心の確保		
<input type="checkbox"/> (10) 民間団体等との連携		
<input type="checkbox"/> 4. 計画の推進及び見直し等		
ご意見等の内容	ご意見等を公表してよろしいですか？ (ご意見等の内容については原則として公開します。公表を希望しない場合、右の欄の□印を■印に変更してください)	<input type="checkbox"/> 公表不可

【締 切】平成26年3月4日(火) (※郵送の場合は3月4日までの消印有効)

【送付先】大阪府 福祉部 地域福祉推進室 社会援護課 生活支援グループ あて

○郵送の場合 〒540-8570 大阪府大阪府中央区大手前2丁目

○FAXの場合 FAX番号 06-6941-0227

(FAX送信の際には番号をお間違いのないようお願いいたします)

【個人情報の取扱いについて】

提出されたご意見等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。