

**「自立支援医療費（精神通院）支給認定事務に関する特定個人情報保護
評価書（重点項目評価書）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	〒 —
	電話番号 (団体の場合ご担当者名)	() — (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。

ご 意 見 の 内 容	<p align="center">ご意見・ご提言内容の公表について</p> <p align="center">※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。</p>	<input type="checkbox"/> 公表不可
	<p>【該当項目】 ご意見・ご提言は1回につき1項目でお願いいたします。</p> <p><input type="checkbox"/> 1 基本情報</p> <p><input type="checkbox"/> 2 特定個人情報ファイルの概要（別添1含む）</p> <p><input type="checkbox"/> 3 リスク対策</p> <p><input type="checkbox"/> 4 開示請求、問合せ</p> <p><input type="checkbox"/> 5 評価実施手続</p> <p><input type="checkbox"/> 6 その他</p>	

【締 切】令和5年2月6日（月曜日）（※郵送の場合は必着）

【送付先】大阪府こころの健康総合センター総務課 あて

○郵送の場合 〒558-0056 大阪市住吉区万代東3丁目1-46

○FAXの場合 06-6691-2814（FAX番号）

【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。