

## 「第2次大阪府歯科口腔保健計画（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	〒      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。

ご意見の内容	ご意見・ご提言内容の公表について	
	※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□を黒く塗りつぶしてください。	
	<input type="checkbox"/> 公表不可	
	※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	該当ページ数 (下部記載のページ数)
	<input type="checkbox"/> 第1章 第2次計画の基本的事項	
	<input type="checkbox"/> 第2章 第1次計画の評価	
	<input type="checkbox"/> 第3章 現状と課題	
<input type="checkbox"/> 第4章 基本的な考え方		
<input type="checkbox"/> 第5章 取組みと目標		
<input type="checkbox"/> 第6章 計画の推進体制		

【締切】平成30年2月19日(月曜日) (※郵送の場合は消印有効)

【送付先】大阪府 健康医療部 保健医療室 健康づくり課 保健予防・歯科・栄養グループあて

○郵送の場合 〒540-8570 大阪府大阪市中央区大手前2丁目

○FAXの場合 FAX番号 06-6944-7262

【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。