意見提出用紙

「　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）改正案　」に対する府民意見等の募集について

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	**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。	□　公表不可
	【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。 □１　基本情報 □２　特定個人情報ファイルの概要（別添１を含む） □３　リスク対策 □４　開示請求・問合せ □５　評価実施手続 □６　その他	

【締　切】令和７年１月 15 日（水曜日）　（※郵送の場合は消印有効）

【送付先】大阪府こころの健康総合センター　総務課　あて

〇郵送の場合　　〒558－0056　大阪市住吉区万代東３丁目１―46

〇ＦＡＸの場合　　ＦＡＸ番号　06-6691-2814

【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・提供しないとともに適正に管理します。