11　意見書様式（参考）

意 見 書

年　月　日

高知県地域福祉部障害保健支援課　行

○高知県精神保健及び精神障害者福祉に関する法律施行細則の一部改正について

|  |  |
| --- | --- |
| 郵便番号 住所  |  |
| 氏名  |  |
| 電話番号  |  |
| 電子メールアドレス  |  |
| ご意見 |
| 　 |

(注) 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。