　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　【意見提出様式】

第３期高知県自殺対策行動計画へのご意見・ご提案

高知県障害保健支援課　あて

　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　令和　　年　　月　　日

|  |  |
| --- | --- |
| 住所（所在地） | 〒 |
|  |  |
| 電話番号 |  |
| 電子メールアドレス |  |
| （ご意見・ご提案） | |

※提出期限：令和５年４月12日（水）

※提出先：高知県子ども・福祉政策部障害保健支援課

FAX：088-823-9669　　　E-mail：060801@ken.pref.kochi.lg.jp

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。

意見募集結果の公表の際には、ご意見の内容以外は公表いたしません。