**【意見提出用紙】**

**「沖縄県結核予防計画」改定（案）に対する意見**

|  |  |
| --- | --- |
| **氏名又は団体名**  （必須） | 団体の場合：担当者名（　　　　　　　　　　　） |
| **住所又は所在地**  （必須） | 〒　　　－ |
| **連 絡 先**  （必須） | 電話番号： （ ）  F　A　X　番　号：（ ） |
| メールアドレス： |

※提出いただいた御意見の内容について、確認の連絡をさせいただく場合がありますので、氏名、住所、電話番号等は必ず記入して下さい。（記入いただいた個人情報は公表いたしません）

|  |
| --- |
| **ご意見の内容** |
| **該当箇所：** ※本文の中で、御意見のあるページ、箇所の文言を記入してください。  　　　　　　 　【記入例】○○ページ・○○行目 |
| **ご 意 見：** ※該当箇所が複数ある場合は、御意見の最初に該当箇所を記入してください。 |

［提出先］ 〒９００－８５７０　沖縄県那覇市泉崎１丁目２番２号

沖縄県保健医療介護部感染症対策課感染症予防班結核担当宛て

ＴＥＬ： ０９８－８６６－２０１３

ＦＡＸ： ０９８－８６９－７１００

Email： aa090908@pref.okinawa.lg.jp