**連絡先**

**真室川町福祉課　保健師　庄司　佐藤**

**℡　　62－3436**

**Fax　64－1526**

**別　紙**

真室川町自殺対策計画（案）に対するご意見等について

（お名前　　　　　　　　　　　）

|  |  |
| --- | --- |
| 該当箇所 | ご意見等（追加施策・修正等） |
| 頁 |  |
| 頁 |  |
| 頁 |  |
| 頁 |  |

※該当箇所には計画のページ・段落等を記載して下さい。