

## 第2期沖縄県アルコール健康障害対策推進計画（案）に対する意見

氏名又は団体名	
住所又は所在地	
連絡先	電話番号： ( )
	電子メールアドレス：
<b>意見の内容</b>	
該当箇所	
意見内容	

※「該当箇所」欄には、「第2期沖縄県アルコール健康障害対策推進計画（案）」の該当する部分（例、○ページ●行目の「・・・」の部分）を記載して下さい。該当する部分が特定できない場合、どの分野（項目）に対する意見かわかるように記載して下さい。

〔提出期限〕 **令和5年1月16日（月）必着**

〔提出先〕 〒900-8570 沖縄県那覇市泉崎1丁目2番2号  
沖縄県保健医療部地域保健課（電話：098(866)2215）  
FAX：098(866)2241  
MAIL: [aa090701@pref.okinawa.lg.jp](mailto:aa090701@pref.okinawa.lg.jp)