

| 「石川県アルコール健康障害対策推進計画」(案)について<br>【ご意見用紙】 |   |      |   |
|--|---|------|---|
| 氏名                                     |   | 電話番号 |   |
| 住所                                     |   |      |   |
| 性別                                     | <input type="checkbox"/> 男 <input type="checkbox"/> 女   | 年齢   | <input type="checkbox"/> 20歳未満 <input type="checkbox"/> 20歳代 <input type="checkbox"/> 30歳代 <input type="checkbox"/> 40歳代 <input type="checkbox"/> 50歳代<br><input type="checkbox"/> 60歳代 <input type="checkbox"/> 70歳代以上 |
| 職業                                     | <input type="checkbox"/> 会社員・団体職員 <input type="checkbox"/> 自営業 <input type="checkbox"/> 農林漁業 <input type="checkbox"/> 主婦 <input type="checkbox"/> 学生 <input type="checkbox"/> 教員・公務員 <input type="checkbox"/> その他   |      |   |
| (該当項目にチェック)                            | <input type="checkbox"/> 第1章 計画策定の趣旨等<br><input type="checkbox"/> 第2章 石川県のアルコール健康障害をめぐる現状<br><input type="checkbox"/> 第3章 計画の基本的な考え方<br><input type="checkbox"/> 第4章 重点目標<br><input type="checkbox"/> 第5章 施策体系<br><input type="checkbox"/> 第6章 具体的な取組<br><input type="checkbox"/> 第7章 推進体制等<br><input type="checkbox"/> その他 |      |   |
| 【ご意見】                                  |   |      |   |

注：ご意見は、1項目につき1枚でお願いいたします。

記入欄が不足する場合は、用紙を追加してご記入ください。