【御意見提出用　様式】　締切：令和２年２月29日（土）※郵送は当日消印有効

|  |  |  |
| --- | --- | --- |
| 個人の場合 | 住所（市町村名） | 氏名 |
| 年齢 | 性別 | 職業 |
| 法人の場合 | 所在地（市町村名） | 法人名 |
|  |

意見を御自由にお書き下さい。

|  |
| --- |
| 【該当する計画】　茨城県外来医療計画（案） |
| 【御意見】全体版（　　　　）ページ　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　について |

１．御意見の提出上の注意

　・上記の枠内に御意見の該当ページと該当の表題を御記入の上，御意見をお寄せ下さい。

　・原則として，「個人」は住所（市町村名）・氏名・年齢・性別・職業，「法人」は所在地（市町村名）・法人名・業種を記入して下さい。なお，氏名または法人名については，必ずしも記入する必要はありません。

　・提出いただきました御意見は，公表することがあります。

　・御意見に対する個別の回答はいたしかねますので，御了承願います。

２．提出先

　　御意見は，郵送，ＦＡＸ，電子メールのいずれかの方法でお寄せ下さい。

　　（提出先）茨城県保健福祉部医療局医療政策課　医療計画担当

　　（住　所）〒３１０－８５５５　水戸市笠原町９７８番６

　　（ＦＡＸ）０２９－３０１－３１９９

　　（電子メールアドレス）iryo4@pref.ibaraki.lg.jp