意見提出様式 　第７次茨城県保健医療計画の中間見直し（案）に関する意見募集

意見提出期限 ： 令和４年１月１１日（火）まで　 ※ 郵送の場合は当日消印有効

|  |  |  |
| --- | --- | --- |
| 個人の場合 | 住　所（市町村名） |  |
| 氏　名 |  | 年　齢 |  |
| 性　別 |  | 職　業 |  |
| 連絡先（電話番号または電子メールのアドレス） |  |
| 法人の場合 | 所在地（市町村名） |  |
| 法人名 |  |
| 代表者の職氏名 |  | 業　種 |  |
| 連絡先（電話番号または電子メールのアドレス） |  |

以下に、ご意見を記載してください。

|  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- |
| ページ |  | 項目名 |  |
|  |

意見提出にあたっての留意事項

１　意見提出の方法等

（１）ご意見は「意見提出様式」により、郵便、ファクシミリ、電子メールのいずれかの方法で日本語により提出してください。

（２）提出先

|  |  |
| --- | --- |
| 郵送 | 〒310-8555　水戸市笠原町978番6　茨城県 保健福祉部 医療局 医療政策課 医療計画担当 あて |
| ＦＡＸ | 029-301-3199 |
| 電子メール | iryo4@pref.ibaraki.lg.jp※ 件名は以下のとおりとしてください。【 第７次茨城県保健医療計画の中間見直し（案）に対する意見 】 |

（３）原則として、個人の場合は住所（市町村名）・氏名・年齢・性別・職業・連絡先（電話番号または電子メールのアドレス）を、法人の場合は所在地（市町村名）・法人名・代表者の職氏名・業種・連絡先（電話番号または電子メールのアドレス）を記載してください。

　　　記載していただいた個人情報は、ご意見の内容に不明な点があった場合の確認等に利用します。

　　　また、これらの情報は、ご意見の内容等に応じて、茨城県庁内の関係部署と共有する場合があります。

なお、意見を公表する際に、個人名・法人名・代表者の氏名・連絡先を公表することはありませんが、個人の場合は住所（市町村名）・年齢・性別・職業を、法人の場合は所在地（市町村名）・業種を公表する場合がありますので、予めご了承のうえ、ご意見を提出してください。

２　注意事項

（１）電話等による口頭でのご意見はお受けできません。

（２）ご意見に対する個別の回答はいたしません。

（３）提出されたご意見の内容・趣旨を確認させていただく場合がありますので、ご了承願います。

（４）意見募集期間内に到着しなかったもの、指定した提出方法以外で提出されたもの、及び次の内容が含まれるものは無効とします。

　　　・　個人や特定の団体を誹謗中傷する内容

　　　　・　個人や特定の団体のプライバシーを侵害する内容

　　　　・　法律に反する意見、公序良俗に反する行為及び犯罪的な行為に結びつく内容

　　　　・　個人や特定の団体の著作権を侵害する内容

　　　　・　営業活動等営利を目的とした内容