

【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）iryu4@pref.ibaraki.lg.jp