

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
F A X	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