**【意見提出用紙】**

**「公立大学法人沖縄県立看護大学中期目標（案）」に対する意見**

|  |  |
| --- | --- |
| **ご氏名又は団体名**  （必須） |  |
| 団体の場合：担当者名（　　　　　　　　　　　） |
| **ご住所又は所在地**  （必須） | 〒　　　－ |
|  |
| **ご連絡先**  （必須） | ： － － |
| メールアドレス： |

※御提出いただいた御意見の内容について、確認の連絡をさせていただく場合がございますので、ご氏名、ご住所、ご連絡先等は必ず記入して下さい。（御記入いただいた個人情報は当該意見公募事務にのみ使用し、沖縄県個人情報保護条例の規定に基づき適切に取り扱います。また、お寄せいただきました御意見に対する個別の回答はいたしませんが、個人・団体が認識される情報を除いた上で、御意見の趣旨とこれに対する沖縄県の考え方を整理し、後日公表いたします。）

※　メールアドレスを所持していない場合は、記載の必要はありません。

|  |  |
| --- | --- |
|  | **御意見の内容** |
| **該当箇所** |  |
| **御 意 見** |  |

※「該当箇所」欄については、本文中の御意見のあるページ、文言等を記入してください。

【記入例】○○ページ・○○行目

※「御意見」欄については、該当箇所が複数ある場合は、御意見の最初に該当箇所を記入してください。

※ご意見は、電子メール、ファックス、郵便のいずれかの方法でお送りください。

【提出期限】　令和３年９月３日（金曜日）午後３時必着

【】 〒900-8570　沖縄県那覇市泉崎１丁目２番２号（県庁４階）

沖縄県　保健医療部　保健医療総務課

TEL：098-866-2169 / FAX：098-866-2638

E-mail：aa023001@pref.okinawa.lg.jp