**「公立沖縄北部医療センター整備基本計画素案」に関するご意見**

**１．基本情報**

|  |  |
| --- | --- |
| 氏名又は団体名**（必須）** | 　団体の場合：担当者名（　　　　　　　　） |
| 住所又は所在地**（必須）** | 〒　　　　－ |
| 連 絡 先**（必須）**※どちらか一方でも可 | 電　話　番　号： |
| メールアドレス： |

* 提出いただいたご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ありますので、氏名、住所、電話番号等は必ず記入してください。
* ご記入頂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。
* お寄せいただきましたご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、ご意見の趣旨とこれに対する考え方を整理し、後日公表を予定しています。

**２．ご意見内容**

|  |
| --- |
| **ご意見箇所**　（※ご意見の該当する章番号を「○」で囲んでください) |
| １ センターの基本的な考え方　　　２ センターの規模・機能　　３ 部門別整備計画４ 施設基本計画（設計与条件）　　５ 医療機器整備計画　　　　６ 情報システム整備計画７ センターの運営等　　　　　　　８ 整備手法　　　　　　　　９ 事業計画10 その他 |
| **ご意見記載欄**　（※章・ページ番号、ご意見を記載ください。欄が足りない場合には、別葉に記載して提出ください） |
| 章番号 | ページ番号 | 内容 |
|  |  |  |
|  |  |  |
|  |  |  |

【提出期限】　令和４年３月４日（金）17:15必着

【提 出 先】　〒900-8570　沖縄県那覇市泉崎１丁目２－２

　　　　　　　沖縄県保健医療部医療政策課北部医療センター整備推進室

（公立沖縄北部医療センター整備協議会事務局）

　　　　　　　TEL：098-866-2111　FAX：098-866-2714

　　　　　　　E-mail：aa090603@pref.okinawa.lg.jp