【意見提出用紙】

**「公立北部医療センター基本構想（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**

|  |  |  |
| --- | --- | --- |
| 項目（基本構想（素案）のページ） | ご意見箇所(※該当する項目欄に「○」印を記載) | ページ数等（※該当する中項目名や「○○ページ」等を記載） |
| １ 北部医療圏の現状と課題(P.2～11) |  |  |
| ２ センターの必要性及び役割と機能(P.12～17) |  |  |
| ３ センターにおける医師等の確保(P.18～22) |  |  |
| ４ センターの理念及び基本方針(P.23～25) |  |  |
| ５ センターの整備(P.26～28) |  |  |
| ６　その他 |  |  |
| **ご意見記載欄**：　　※複数ある場合は、ご意見の最初に「項目」等を記入してください。 | | |
|  | | |

【提出期限】　令和３年２月26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医療班（公立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