

【意見提出用紙】

「沖縄県地域医療構想（案）」に対する意見

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)	電話番号：（ ）
	メールアドレス：

※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ありますので、氏名、住所、電話番号等は必ず記入して下さい。（記入いただいた個人情報は公表いたしません）

ご意見の内容

該当箇所： ※本文の中で、御意見のあるページ、箇所の文言を記入してください。
【記入例】〇〇ページ・〇〇行目

ご意見： ※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。

[提出先] 〒900-8570 沖縄県那覇市泉崎1丁目2番2号
沖縄県保健医療部保健医療政策課 企画・医事班あて
TEL: 098-866-2169
FAX: 098-866-2714
Email: aa023001@pref.okinawa.lg.jp