

「第8次群馬県保健医療計画の変更(案)」に対する意見について

募集期限：令和3年1月12日(火)必着。ただし郵送の場合は当日消印有効。

令和 年 月 日

氏名(法人・団体名)	
代表者氏名(※法人・団体の場合に記載)	
住所(所在地)	
電話番号	
メールアドレス	

計画(案)に対する意見

該当ページ	意見

**【提出先】**

群馬県 健康福祉部 医務課 医療計画係 あて  
〒371-8570 前橋市大手町1-1-1  
TEL：027-226-2535 E-mail：imuka@pref.gunma.lg.jp  
FAX：027-223-0531

※様式は問いません。他の様式でも結構です。

ただし、原則として、氏名、住所(法人又は団体の場合は、名称、代表者の氏名及び所在地)及び連絡先(電話番号又は電子メールアドレス)を記載してください。電話等による口頭での意見提出や匿名での意見提出はお受けできませんので、あらかじめ御了承ください。