第９次群馬県保健医療計画に関する意見について

令和　　年　　月　　日

|  |  |
| --- | --- |
| 氏名（法人・団体名） |  |
| 住所（所在地） |  |
| 電話番号 |  |
| メールアドレス |  |

|  |  |
| --- | --- |
| **項目** | **意見** |
| ○○○について  (資料○P　△行目) | ○○～～～～△△ |
|  |  |
|  |  |
|  |  |

※記入上の注意事項

御意見は任意の様式に記載いただいても構いません。

その場合、原則として、氏名及び住所（法人又は団体の場合は、名称、代表者の氏名及び所在地）並びに連絡先（電話番号又は電子メールアドレス）を記載してください。

【提出先】

群馬県健康福祉部医務課医療計画係

〒371-8570　前橋市大手町１－１－１

電　話：027-226-2535

ＦＡＸ：027-223-0531

メール：imuka@pref.gunma.lg.jp

【その他】

詳細については、別添「第９次群馬県保健医療計画に関する意見募集について」を御覧ください。