

## 「第7次大阪府保健医療計画（案）」に対するご意見・ご提言

|     |                                       |
|-----|---------------------------------------|
| 連絡先 | フリガナ                                  |
|     | 氏名又は団体名<br>(団体の場合は、ご担当者名も併せてご記入ください。) |
|     | 住所又は所在地                               |
|     | 電話番号                                  |
|     | 電子メールアドレス<br>(お持ちの方のみ)                |

※上記【連絡先】欄内に記入していただいた事項については公表しません。

※いただいたご意見・ご提言については、原則公表します。

公表を希望しない場合は、右の口を黒く塗りつぶしてください。  公表不可

|  |   |        |
|--|---|--------|
| ご意見・ご提言の内容                                 | ※該当する下記項目の口を黒く塗りつぶしてください。(口印から■印に変更してください。)   |        |
|  | 該当項目  | 該当ページ数 |
|  | <input type="checkbox"/> 第1章 大阪府保健医療計画について    |        |
|  | <input type="checkbox"/> 第2章 大阪府の医療の現状        |        |
|  | <input type="checkbox"/> 第3章 基準病床数            |        |
|  | <input type="checkbox"/> 第4章 地域医療構想           |        |
|  | <input type="checkbox"/> 第5章 在宅医療             |        |
|  | <input type="checkbox"/> 第6章 5疾病4事業の医療体制      |        |
|  | <input type="checkbox"/> 第7章 その他の医療体制         |        |
|  | <input type="checkbox"/> 第8章 保健医療従事者の確保と資質の向上 |        |
| <input type="checkbox"/> 第9章 二次医療圏における医療体制 |   |        |
| (意見記入欄)                                    |   |        |

【締切】平成30年2月19日(月曜日)24時 (※郵送の場合は消印有効)

【送付先】大阪府 健康医療部 保健医療室 保健医療企画課 企画調整グループ あて

○郵送の場合 〒540-8570 大阪府大阪市中央区大手前2丁目

○FAXの場合 FAX番号 06-6944-7546

【個人情報の取扱いについて】

提出されたご意見・ご提言の内容を確認させていただく場合があることから、氏名・住所・電話番号等の連絡先の記載をお願いしています。これらの個人情報については公表せず、他の目的に利用・提供しないととも適正に管理します。