

意見提出用紙

「高度管理医療機器等販売業及び貸与業の許可の審査基準」の改正に
対する府民意見等の募集について

連絡先	氏名又は団体名	フリガナ
	住所又は所在地	〒 ー
	電話番号 (団体の場合ご担当者名)	() ー (ご担当者:)
	電子メールアドレス (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。

ご意見の内容	<p>ご意見・ご提言内容の公表について ※いただいたご意見は原則公表します。 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。</p>	<input type="checkbox"/> 公表不可

【締 切】 令和3年4月26日（月曜日）（※郵送の場合は消印有効）
【送付先】 大阪府 健康医療部 生活衛生室 薬務課 製造審査グループ あて
○郵送の場合 〒540-8570 大阪府大阪府中央区大手前2丁目1-22
○FAXの場合 FAX番号 06-6944-6701

【個人情報の取扱いについて】
提出された意見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。