

「第2期大阪府循環器病対策推進計画（案）」に対するご意見・ご提言

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。

※該当する項目の□を黒く塗りつぶしてください。 ※ご意見の提出は1項目について1枚をお願いします。	
該当項目	該当ページ
<input type="checkbox"/> 第1章 計画策定の趣旨等	
<input type="checkbox"/> 第2章 循環器病の特徴及び大阪府における現状とこれまでの取組	
<input type="checkbox"/> 第3章 大阪府における循環器病対策の基本的な方向性、重点課題及び全体目標	
<input type="checkbox"/> 第4章 個別施策	
<input type="checkbox"/> 第5章 循環器病対策の推進体制	
<input type="checkbox"/> 第6章 計画の評価・見直し	
ご意見の内容	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□を黒く塗りつぶしてください。
	<input type="checkbox"/> 公表不可

【締切】令和6年2月15日（木曜日）（※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 医療対策課 救急・災害医療グループ 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番22号

大阪府健康医療部保健医療室医療対策課

救急・災害医療グループ

○FAXの場合 FAX番号 06-6944-6691

【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。