

## 保健医療計画 意見照会様式

委員名	
TEL	
メールアドレス	

### 1. 期限

12月20日（水）（下記担当までEメールまたはFAXにてご送付願います。）

### 2. 方法

- (1)原稿に対する追記・修正・削除のご意見は、原稿の当該ページに直接ご記入ください。
- (2)それ以外の改定にかかるご意見がありましたら、下記様式にご記入ください。

項目名等	ご意見

#### 【担当者・送付先】

兵庫県健康福祉部健康局医務課 担当：和田

E-mail Shougo\_Wada@pref.hyogo.lg.jp

FAX 078-362-4267

TEL:078-362-3135