

「兵庫県保健医療計画」の中間見直し（案）についてのご意見・ご提案

住 所	〒		
氏 名		電話番号	
●ご意見・ご提案の内容			

※ 1枚で書き切れない場合は、どのような用紙をお使いいただいても結構です。