県民意見提出書

福島県保健福祉部地域医療課　行き

「第七次福島県医療計画（素案）」に対する御意見

|  |  |
| --- | --- |
| 氏名又は団体名 |  |
| 住所 | 〒 |
| 電話番号 |  |

|  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- |
| 〈御意見〉 | | | |
| No. | ページ | 行 | 御意見の内容とその理由 |
| １ |  |  |  |
| ２ |  |  |  |
| ３ |  |  |  |
| ４ |  |  |  |

（御意見の提出先及びお問い合わせ先）

郵送：〒９６０－８６７０（住所記載不要）　福島県保健福祉部地域医療課

ＦＡＸ：０２４－５２１－２１９１

電子メール：iryou@pref.fukushima.lg.jp