

千葉県香取健康福祉センター総務企画課 担当者 行
FAX番号 0478-54-5407

資料7
御意見用紙

地域保健医療連携・地域医療構想についての御意見等について

医療機関名称	
医療機関所在地	
氏名	
連絡先	()

- ◎御意見を御自由にお書きください。
- ◎**平成28年9月末まで**に御提出ください。

<意見記入欄>

※枠内に書ききれない場合は、任意様式に御記入の上、本様式と併せて送付してください。
※提出いただいた御意見については、医療機関の名称・所在地、氏名及び連絡先を除き、公開される可能性があることをあらかじめ御承知おきください。