

第2回県西地域医療構想調整会議

別紙

〔送信先〕 県西健康福祉センター総務企画課 小林 宛て

F A X : 0289-64-3919

御質問、御意見等がある場合は、平成30(2018)年12月28日(金)までに提出くださいますようお願いいたします。(なお、御質問、御意見等がない場合は、連絡不要です。)

御提出いただきました御質問、御意見等につきましては、次回以降の県西地域医療構想調整会議、病院及び有床診療所会議等において、会議資料として使用します。

また、個別の医療機関に対する内容については、該当する医療機関に伝えるとともに、回答をいただくこととします。

なお、会議資料として使用する場合や御質問、御意見等を該当する医療機関に伝える場合は、御質問、御意見等を提出していただいた医療機関名は明示しないこととします。

平成 年 月 日

医療機関名 \_\_\_\_\_

担当者氏名 \_\_\_\_\_

TEL \_\_\_\_\_

FAX \_\_\_\_\_

御質問、御意見等	
----------	--

