

「第8次大阪府医療計画（案）」に対するご意見・ご提言

連絡先	氏名又は団体名	フリガナ
	住所又は所在地	〒 ー
	電話番号 (団体の場合ご担当者名)	() ー (ご担当者：)
	電子メールアドレス (お持ちの方のみ)	

※上記【連絡先】欄内に記入していただいた事項については公表しません。

<p>※該当する項目の口を黒く塗りつぶしてください。(口から■に変更してください) ※ご意見の提出は1項目について1枚をお願いします。</p>		
	該当項目	該当ページ
	<input type="checkbox"/> 第1章 大阪府医療計画について	
	<input type="checkbox"/> 第2章 大阪府の医療の現状	
	<input type="checkbox"/> 第3章 基準病床数	
	<input type="checkbox"/> 第4章 地域医療構想	
	<input type="checkbox"/> 第5章 外来医療に係る医療提供体制	
	<input type="checkbox"/> 第6章 在宅医療	
	<input type="checkbox"/> 第7章 5疾病5事業の医療体制	
	<input type="checkbox"/> 第8章 その他の医療体制	
	<input type="checkbox"/> 第9章 保健医療従事者の確保と資質の向上	
	<input type="checkbox"/> 第10章 二次医療圏における医療体制	
ご意見の内容	<p>ご意見・ご提言内容の公表について ※いただいたご意見は原則公表します。 公表を希望しない場合は右の口を黒く塗りつぶしてください。</p>	<input type="checkbox"/> 公表不可

【締切】令和6年2月15日(木曜日) (※郵送の場合は消印有効)

【送付先】大阪府 健康医療部 保健医療室保健医療企画課 計画推進グループ あて

○郵送の場合 〒540-8570 大阪府大阪市中央区大手前2丁目

○FAXの場合 FAX番号 06-6944-7546

【個人情報の取扱いについて】

提出された意見の内容を確認させていただく場合があることから、氏名・住所・電話番号等の連絡先の記載をお願いしています。

これらの個人情報については公表せず、他の目的に利用・提供しないととも適正に管理します。