意見提出用紙

**「大阪府医師確保計画（第８次前期）（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 | 〒　　　－　　　　 |
| 電話番号（団体の場合ご担当者名） | （　　　　　）　　　　－（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。**

|  |  |
| --- | --- |
|  | ※該当する項目の□を黒く塗りつぶしてください。※ご意見の提出は１項目について１枚でお願いします。 |
|  | 該当項目 | 該当ページ |
|  | □　第１章　大阪府医師確保計画について |  |
|  | □　第２章　医師確保の現状と課題 |  |
|  | □　第３章　必要医師数 |  |
|  | □　第４章　医師の確保と資質向上に関する施策の方向 |  |
| ご　意　見　の　内　容 | **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□を黒く塗りつぶしてください。 | * 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　医療対策課　医療人材確保グループ　あて

○郵送の場合　　　〒540－8570　大阪府大阪市中央区大手前2丁目1番22号

　　　　　　　　　　　　　　　 大阪府健康医療部保健医療室医療対策課

医療人材確保グループ

○ＦＡＸの場合　　ＦＡＸ番号　06-6944-8227

【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・提供しないとともに適正に管理します。