意見提出用紙

**「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 | 〒　　　－ |
| 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。（□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枚でお願いします。 | | |
|  | 該当項目 | 該当ページ |
| □ 第１章　大阪府医療計画について |  |
| □ 第２章　大阪府の医療の現状 |  |
| □ 第３章　基準病床数 |  |
| □ 第４章　地域医療構想 |  |
| □ 第５章　外来医療に係る医療提供体制 |  |
| □ 第６章　在宅医療 |  |
| □ 第７章　５疾病５事業の医療体制 |  |
| □ 第８章　その他の医療体制 |  |
| □ 第９章　保健医療従事者の確保と資質の向上 |  |
| □ 第10章　二次医療圏における医療体制 |  |
| 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・提供しないとともに適正に管理します。