

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	〒 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。 ※ご意見の提出は1項目について1枚をお願いします。</p>											
	<table border="1"> <thead> <tr> <th>該当項目</th> <th>該当ページ</th> </tr> </thead> <tbody> <tr> <td><input type="checkbox"/> 第1章 大阪府医師確保計画について</td> <td></td> </tr> <tr> <td><input type="checkbox"/> 第2章 医師確保の現状と課題</td> <td></td> </tr> <tr> <td><input type="checkbox"/> 第3章 必要医師数</td> <td></td> </tr> <tr> <td><input type="checkbox"/> 第4章 医師の確保と資質向上に関する施策の方向</td> <td></td> </tr> </tbody> </table>	該当項目	該当ページ	<input type="checkbox"/> 第1章 大阪府医師確保計画について		<input type="checkbox"/> 第2章 医師確保の現状と課題		<input type="checkbox"/> 第3章 必要医師数		<input type="checkbox"/> 第4章 医師の確保と資質向上に関する施策の方向	
該当項目	該当ページ										
<input type="checkbox"/> 第1章 大阪府医師確保計画について											
<input type="checkbox"/> 第2章 医師確保の現状と課題											
<input type="checkbox"/> 第3章 必要医師数											
<input type="checkbox"/> 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	<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> <p><input type="checkbox"/> 公表不可</p>										
	<p> </p>										

【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・提供しないととも適正に管理します。