【回答様式３】

第７次宮城県地域医療計画の中間見直し（中間案）に対する御意見

|  |  |
| --- | --- |
| 団　体　名 |  |
| 担当部署名 |  | 電話番号 |  |
| 職　　　名 |  | 氏　　名 |  |

※上記の項目は必ず記載してください。記載がない場合は，その意見について考慮しません。

１　意見の有無

|  |  |  |
| --- | --- | --- |
| 有 |  | ※該当する方に○をつけてください※有の場合は，下記に意見を記載してください。※無の場合は，回答終了です。 |
| 無 |  |

２　意見内容

|  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- |
| 第 |  | 編 | 第 |  | 章 | 第 |  | 節 | 分野名 |  |  | 頁 |
|  |
| 第 |  | 編 | 第 |  | 章 | 第 |  | 節 | 分野名 |  |  | 頁 |
|  |