

県民意見提出書

福島県保健福祉部地域医療課 行き

「第七次福島県医療計画（素案）」に対する御意見

氏名又は団体名	
住所	〒
電話番号	

〈御意見〉			
No.	ページ	行	御意見の内容とその理由
1			
2			
3			
4			

(御意見の提出先及びお問い合わせ先)

郵 送：〒960-8670 (住所記載不要) 福島県保健福祉部地域医療課

F A X：024-521-2191

電子メール：iryoud@pref.fukushima.lg.jp