

(様式第4号)

ファクシミリ送付先：088-621-2898

関西広域連合広域医療局広域医療課あて（徳島県保健福祉部医療政策課広域医療室内）

次期「関西広域救急医療連携計画（中間案）」へのご意見・ご提案 記入用紙

次期「関西広域救急医療連携計画（中間案）」についてのご意見・ご提案をご記入のうえ、郵送、ファクシミリ又は電子メールにてお送りください。

【令和3年1月12日（火）必着】

いただいたご意見・ご提案を公表してよろしいですか？（いずれかに○。どちらにも○がない場合は、「公表可」として取り扱います。） () 公表可 () 公表不可

【ご意見・ご提案】

ご協力ありがとうございました。

| | |
|-------------|--|
| 氏名又は名称 | |
| 住所又は所在地 | |
| 電話番号又は電子メール | |

※個人情報公表いたしません。また、本意見募集に係る業務以外の目的では利用いたしません。

【次期「関西広域救急医療連携計画（中間案）」に関する問合せ先】

〒770-8570 徳島県徳島市万代町1丁目1番地

関西広域連合広域医療局広域医療課（徳島県保健福祉部医療政策課広域医療室内）

電話：088-621-2399 電子メール：iryo@kouiki-kansai.jp