

【意見提出用紙】

「沖縄県立精和病院移転・統合基本構想（案）」に対するご意見

|                           |                |
|---------------------------|----------------|
| 氏名又は団体名<br>(必須)           | 団体の場合：担当者名 ( ) |
| 住所又は所在地<br>(必須)           | 〒 —            |
| 連絡先<br>(必須)<br>※どちらか一方でも可 | 電話番号： ( )      |
|                           | メールアドレス：       |

- ※ 提出いただいたご意見の内容について、確認の連絡をさせていただく場合がありますので、氏名、住所、電話番号等は必ず記入して下さい。（記入いただいた個人情報は公表いたしません）
- ※ お寄せいただきました御意見に対する個別の回答はいたしません。個人・団体が認識される情報を除いた上で、御意見の趣旨とこれに対する沖縄県の考え方を整理し、後日公表を予定しています。

| 該当箇所 (※) | ご意見 |
|----------|-----|
|          |     |

※該当箇所については、ご意見の箇所等が分かるようを記入してください。（例）○ページ・○行目等

【提出期限】 令和5年6月30日（金）（郵送の場合、当日消印有効）

【提出先】 〒900-8570 沖縄県那覇市泉崎1丁目2番2号  
沖縄県病院事業局 病院事業企画課 医療企画班あて  
TEL:098-866-2123 FAX:098-866-2837  
Email:aa190130@pref.okinawa.lg.jp