

第8次沖縄県医療計画(案)への意見

氏名又は団体名 _____

住所又は所在地 _____

連絡先(電話番号) _____

連絡先(メールアドレス) _____

| ページ | 行番号 | 意見の内容 |
|-----|-----|-------|
| | | |
| | | |
| | | |
| | | |

[提出期限]令和6年3月1日(金)必着

[提出先](郵送)〒900-8570 沖縄県那覇市泉崎1丁目2番2号(沖縄県保健医療部医療政策課あて)

(メール) aa090603@pref.okinawa.lg.jp (FAX)098-866-2714