【意見提出用紙】

**「県立中部病院将来構想（案）」に対するご意見**

|  |  |
| --- | --- |
| 氏名又は団体名（必須） |  団体の場合：担当者名（　　　　　　　　　　　） |
| 住所又は所在地（必須） | 〒　　　－ |
| 連 絡 先（必須）※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が、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６年８月２日（金）必着

【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 総務企画課 医療企画班あて

TEL:098-866-2832　 FAX:098-866-2837

Email:aa035505@pref.okinawa.lg.jp