

【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