

意見提出用紙

「大阪府医師確保計画（案）」に対する府民意見等の募集について

連絡先	氏名又は団体名	フリガナ
	住所又は所在地	〒 ー
	電話番号 (団体の場合ご担当者名)	() ー (ご担当者:)
	電子メールアドレス (お持ちの方のみ)	

※上記【連絡先】欄内に記入していただいた事項については公表しません。

ご意見の内容	ご意見・ご提言内容の公表について ※いただいたご意見は原則公表します。 公表を希望しない場合は右の口を黒く塗りつぶしてください。	<input type="checkbox"/> 公表不可
	該当項目	該当ページ数
	大阪府医師確保計画（案）	
	(意見記入欄)	

【締 切】令和2年2月29日（土曜日）24時（※郵送の場合は消印有効）

【送付先】大阪府 健康医療部 保健医療室 医療対策課 医療人材確保グループ あて

○郵送の場合 〒540-8570 大阪府大阪府中央区大手前2丁目

○FAXの場合 FAX番号 06-6944-6691

【個人情報の取扱いについて】

提出された意見の内容を確認させていただく場合があることから、氏名・住所・電話番号等の連絡先の記載をお願いしています。

これらの個人情報については公表せず、他の目的に利用・提供しないととも適正に管理します。