

第9次群馬県保健医療計画に関する意見について

令和 年 月 日

氏名（法人・団体名）	
住所（所在地）	
電話番号	
メールアドレス	

項目	意見
〇〇〇について (資料〇P △行目)	〇〇~~~~△△

※記入上の注意事項

御意見は任意の様式に記載いただいても構いません。

その場合、原則として、氏名及び住所（法人又は団体の場合は、名称、代表者の氏名及び所在地）並びに連絡先（電話番号又は電子メールアドレス）を記載してください。

【提出先】

群馬県健康福祉部医務課医療計画係

〒371-8570 前橋市大手町1-1-1

電話：027-226-2535

FAX：027-223-0531

メール：imuka@pref.gunma.lg.jp

【その他】

詳細については、別添「第9次群馬県保健医療計画に関する意見募集について」を御覧ください。