岡山県　保健医療部医療政策課あて　　ファックス：０８６－２２４－２３１３

「第９次岡山県保健医療計画」の中間見直し（素案）に対する意見提案用紙	
【関係項目名】（見直し(素案)の該当ページ及び箇所を明記してください。）	
【ご意見・ご提案　記入欄】	
ご住所　（住所は市町村名のみで結構です。）	電話番号
お名前	年齢 歳

※お名前、電話番号、ご住所（市町村名を除く）、年齢は公表いたしません。
※ご記入された個人情報は、「第９次岡山県保健医療計画」の中間見直し（素案）に対する意見募集の目的以外には使用しません。