**「兵庫県保健医療計画（案）」へのご意見・ご提案**

|  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- |
| 住　所 | 〒 | | | |
| 氏　名 |  | 電話番号 |  | |
| ﾒｰﾙｱﾄﾞﾚｽ |  | |
| ●ご意見・ご提案の内容 | | | | 該当  ページ |
|  |

※　案の該当ページを右欄に記入して下さい。（計画全体に関するご意見等の場合は、ページの記入は不要です。）１枚で書ききれない場合は、どのような用紙をお使いいただいても結構です。