

第7次広島県保健医療計画（素案）への御意見記入用紙

御住所	（市区町名までで結構です）	市	区・町
年齢 （該当に☑）	<input type="checkbox"/> 10歳台まで <input type="checkbox"/> 20歳台 <input type="checkbox"/> 30歳台 <input type="checkbox"/> 40歳台 <input type="checkbox"/> 50歳台 <input type="checkbox"/> 60歳台 <input type="checkbox"/> 70歳台 <input type="checkbox"/> 80歳台以上	性別 （該当に☑）	<input type="checkbox"/> 男性 <input type="checkbox"/> 女性

第7次広島県保健医療計画（素案）について、御意見があればお聞かせください。

計画(素案)の 該当ページ等	御意見	理由

【締め切り】 平成30年2月19日（月）（郵送の場合は2月19日の消印有効）

【提出方法】 ○ 郵 送 〔宛先〕 〒730-8511 広島市中区基町10-52
 広島県 健康福祉局 医療介護計画課

○ ファックス 〔番号〕 082-502-8744

○ 電子メール 〔アドレス〕 fuiryoukeikaku@pref.hiroshima.lg.jp

○ 電子申請 〔県ホームページの記入フォームから送信〕

【お問い合わせ先】 広島県 健康福祉局 医療介護計画課 医療推進グループ
 電話 082-513-3064（ダイヤルイン）

貴重な御意見をありがとうございました。