

意見等提出様式（外来医療計画（案））

委員御氏名： _____

（西部地域医療構想調整会議）

- ◎ 外来医療計画（案）に関して、御意見、御要望等ございましたら、
下記に御記載の上、令和5年11月8日（水）までにファクシミリまたはメールにて
御回答くださいますようお願いいたします。

○提出先

徳島県保健福祉部医療政策課 飯富

電 話 088-621-2738

ファクシリ 088-621-2898

メール iitomi_daisuke_1@pref.tokushima.jp