

「石川県外来医療計画」(案)について 【意見様式】			
氏名		電話番号	
住所			
性別	<input type="checkbox"/> 男 <input type="checkbox"/> 女	年齢	<input type="checkbox"/> 20歳未満 <input type="checkbox"/> 20歳代 <input type="checkbox"/> 30歳代 <input type="checkbox"/> 40歳代 <input type="checkbox"/> 50歳代 <input type="checkbox"/> 60歳代 <input type="checkbox"/> 70歳代以上
(該当項目にチェック) 項目	<input type="checkbox"/> 第1章 総論 <input type="checkbox"/> 第2章 外来医療（全般）及び外来医師偏在の状況 <input type="checkbox"/> 第3章 その他の外来医療に関する状況（在宅医療、初期救急医療） <input type="checkbox"/> 第4章 外来医療体制の確保に向けた取組 <input type="checkbox"/> 第5章 医療機器の効率的な活用に係る計画 <input type="checkbox"/> その他（ ）		
【意見】			

注：2つ以上の項目についてご意見をご記入する場合、項目ごとに別用紙でご記入ください。

記入欄が不足する場合は、用紙を追加してご記入ください。