

# 「石川県医療計画中間評価・見直し」(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
項目 (該当項目にチェック)	<input type="checkbox"/> 第1章 趣旨 <input type="checkbox"/> 第2章 中間評価・見直し 第3章 疾病・事業ごとの状況 <input type="checkbox"/> (1) がん <input type="checkbox"/> (2) 脳卒中 <input type="checkbox"/> (3) 心血管疾患 <input type="checkbox"/> (4) 糖尿病 <input type="checkbox"/> (5) 精神疾患 <input type="checkbox"/> (6) 周産期医療 <input type="checkbox"/> (7) 小児医療 <input type="checkbox"/> (8) 救急医療対策 <input type="checkbox"/> (9) 災害医療対策 <input type="checkbox"/> (10) へき地医療対策 <input type="checkbox"/> (11) 在宅医療 <input type="checkbox"/> (12) 新興感染症 <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。