「第８次宮崎県医療計画中間見直し（素案）」に対する
御 意 見 記 入 用 紙

御意見募集期間　令和８年１１月１１日（水）～令和８年１２月１０日（木）

１　あなたの御住所、御氏名、電話番号又は電子メールアドレス、職種等を御記入ください。

御 住 所【必須】	
御 氏 名【必須】	
電話番号又はメールアドレス【必須】	
職 種 等	

※　御住所、御氏名、電話番号又は電子メールアドレスは、必ず御記入ください。
※　御意見の内容について、電話、電子メール等により確認させていただく場合があります。
※　記載された個人情報は公表しません。また、今回の意見募集以外の目的で使用しません。
※　御意見と御意見に対する県の考え方を、募集期間終了後に県ホームページでお知らせする予定です。ただし、意見募集の対象としている内容に関係のない御意見などに対しましては、県の考え方をお示しできない場合があります。

２　素案に対する御意見を御記入ください。

該当ﾍﾟｰｼﾞ	該当箇所、項目等	御　意　見

この用紙を宮崎県福祉保健部医療政策課あてに郵送、ＦＡＸ又は電子メールの添付ファイルとして御送付ください。

（送付先）〒880-8501（住所不要）
宮崎県福祉保健部医療政策課
電話：0985-26-7055　　FAX：0985-32-4458
Email：iryoseisaku@pref.miyazaki.lg.jp