

【意見提出用紙】

「沖縄県薬剤師確保のためのアクションプラン」（素案）に対する
意見

氏名又は団体名 (必須)	団体の場合：担当者名 ()
住所又は所在地 (必須)	〒 -
連絡先 (必須)	電話番号： ()
	電子メールアドレス：
意見の内容	
該当箇所	
意見内容	

※「該当箇所」欄には、「沖縄県薬剤師確保のためのアクションプラン」（素案）の該当する部分（例、○ページ●行目の「・・・」）を記載して下さい。該当する部分が特定できない場合、どの分野（項目）に対する意見かわかるように記載して下さい。

〔提出期限〕 令和4年12月28日（水）必着

〔提出先〕 〒900-8570 沖縄県那覇市泉崎1丁目2番2号
沖縄県保健医療部衛生薬務課（電話：098(866)2055）
FAX：098(866)2723
MAIL：aa024100@pref.okinawa.lg.jp