

## 「沖縄県医師確保計画（変更案）」に対する意見様式

氏名又は団体名 (必須)	
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：

※提出いただいたご意見の内容について、確認の連絡をする場合がありますので、氏名、連絡先等は必ず記載してください。記入いただいた個人情報は公表いたしません。

意見の内容	
意見内容	以下の記入例を参考に、意見を記入下さい。 該当箇所 ○ページ○行 【記入例： 該当箇所 25 ページ 10 行目】
	・意見： ※該当箇所が複数ある場合は、意見の最初に該当箇所を記入してください。

〔提出期限〕 **令和6年2月22日（木）必着**

〔提出先〕 〒900-8570 沖縄県那覇市泉崎1丁目2番2号  
沖縄県保健医療部医療政策課あて  
電話：098(866)2111  
FAX：098(866)2714  
MAIL：[aa090603@pref.okinawa.lg.jp](mailto:aa090603@pref.okinawa.lg.jp)