

【御意見提出用 様式】 締切：令和6（2024）年2月26日（月） ※郵送は当日消印有効

個人の場合	【住所（市町村名）】		【氏名】
	【年齢】	【性別】	【職業】
	【連絡先（電話番号または電子メールのアドレス）】		
法人の場合	【所在地（市町村名）】		【法人名】
	【業種】		【代表者の職氏名】
	【連絡先（電話番号または電子メールのアドレス）】		

以下に、御意見を記載してください。

<p>【御意見】 原案（ ） ページ _____ について</p>
--

1 提出先

御意見は、郵送、FAX、電子メールのいずれかの方法で下記あてにお寄せください。

(提出先) 茨城県保健医療部医療局医療政策課 医療計画担当
(住所) 〒310-8555 水戸市笠原町978番6
(FAX) 029-301-3199
(電子メールアドレス) iryu4@pref.ibaraki.lg.jp

※ 件名は以下のとおりとしてください。

【第8次茨城県保健医療計画（案）に対する意見】

2 御意見の提出方法等

- ・ 別紙様式に、該当するページと表題（項目名）を御記入の上、御提出ください。
- ・ 原則として、「個人」は住所（市町村名）・氏名・年齢・性別・職業・連絡先（電話番号または電子メールのアドレス）を、「法人」は所在地（市町村名）・法人名・代表者の職氏名・業種・連絡先（電話番号または電子メールのアドレス）を記載してください。
- ・ 御意見の内容に不明な点があった場合、記載いただいた連絡先あてに、御意見の内容・趣旨を確認するための御連絡をさせていただく場合がありますので、御了承願います。
- ・ 別紙様式に記載いただいた情報は、御意見の内容等に応じて、茨城県庁内の関係部署と共有する場合があります。
- ・ 提出いただきました御意見は、公表を予定しております。その際、個人名・法人名・代表者の職氏名・連絡先を公表することはありませんが、個人の場合は住所（市町村名）・年齢・性別・職業を、法人の場合は所在地（市町村名）・業種を公表する場合があります。

3 留意事項

- (1) 電話等による口頭での御意見はお受けできません。
- (2) 御意見に対する個別の回答はいたしません。
- (3) 意見募集期間内に到着しなかったもの、指定した提出方法以外で提出されたもの、及び次の内容が含まれるものは無効とします。
 - ・ 個人や特定の団体を誹謗中傷する内容
 - ・ 個人や特定の団体の財産及びプライバシーを侵害する内容
 - ・ 法律に反する意見、公序良俗に反する行為及び犯罪的な行為に結びつく内容
 - ・ 個人や特定の団体の著作権を侵害する内容
 - ・ 営業活動等営利を目的とした内容
- (4) 意見募集期間中であっても、土・日曜日、祝祭日などの閉庁日には、資料の閲覧等ができない場合があります。予め御了承ください。