

西三河南部西医療圏 保健医療計画（原案（案））修正意見連絡票

機関名	
策定委員名	
回答作成担当者	部署名【 】 氏名【 】 連絡先（電話）【 】

※ 「西三河南部西医療圏保健医療計画（原案）（案）」に対し、修正意見がある場合、以下の欄に記入し、平成29年9月12日（火）までにご回答ください。

（衣浦東部保健所ファクシミリ：0566-25-1470）

修正意見	該当ページ