渡邉行き

別　紙

**医療福祉計画課（ファックス）　：052-953-6367**

**「新公立病院改革プラン」又は「公的医療機関等2025プラン」に対する意見等**

　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　委員氏名

このことについては、以下のとおりです。

□　意見なし

□　意見あり　（別添のとおり）

プランに関すること「以外」に、御意見等ありましたら、下記に記載してください。（自由記載）

【１施設目】

○プラン策定医療機関名

|  |
| --- |
|  |

　○プランに対する意見・質問等

　　　意見区分

　　１　地域において今後担うべき役割に対して

２　今後持つべき病床機能に対して

　　　　　　　　３　その他に対して

|  |  |
| --- | --- |
| 区分 | 意見・質問・その他　（いずれかに○をつけてください） |
| 意見等の内容 | （可能な限り具体的にご記入ください） |
| 意見等の理由 |  |
| プラン中の該当箇所 | （頁・行及びプランの記載内容を御記入ください。） |

【２施設目】

○プラン策定医療機関名

|  |
| --- |
|  |

　○プランに対する意見・質問等

　　　意見区分

　　１　地域において今後担うべき役割に対して

２　今後持つべき病床機能に対して

　　　　　　　　３　その他に対して

|  |  |
| --- | --- |
| 区分 | 意見・質問・その他　（いずれかに○をつけてください） |
| 意見等の内容 | （可能な限り具体的にご記入ください） |
| 意見等の理由 |  |
| プラン中の該当箇所 | （頁・行及びプランの記載内容を御記入ください。） |