



プレビュー

【〆3/19】令和5年度第3回青森県（西北五地域）地域医療構想調整会議 意見票

【〆3/19】令和5年度第3回青森県（西北五地域）地域医療構想調整会議 意見票

事務担当者情報

機関・団体名 必須

機関・団体名を御入力ください。

事務担当部署名 必須

事務担当部署名を御入力ください。

事務担当者名 必須

事務担当者名を御入力ください。

氏： 名：

事務担当者の電話番号 必須

事務担当者の電話番号を御入力ください。

電話番号

事務担当者のメールアドレス 必須

事務担当者のメールアドレスを御入力ください。
受付完了後、当該メールアドレス宛て受付完了メールを送付します。

メールアドレス

協議事項

重点支援区域の申請の要否について 必須

資料を御確認の上、「県の対応（案）」について御意見ください。

- ☐ 異議なし
- ☐ 異議あり

選択解除

紹介受診重点医療機関に係る協議について 必須

資料を御確認の上、「つがる総合病院の紹介受診重点医療機関検討票」について御意見ください。

- ☐ 異議なし
- ☐ 異議あり

選択解除

御意見

協議事項について 選択肢の結果によって入力条件が変わります

協議事項について、御意見がありましたら御入力ください。

なお、この項目は、協議事項に「異議あり」がある場合は必須項目となりますので、「異議あり」とする場合は、その理由を具体的に御入力ください。

入力文字数： 0/ 500

構想区域における医療提供体制の課題に関する事項について

構想区域における医療提供体制の課題に関する事項について、御意見がありましたら御入力ください。

入力文字数： 0/ 500

閉じる

【操作に関するお問合わせ先】
固定電話コールセンター
TEL：0120-464-119
(平日 9：00～17：00 年末年始除く)
携帯電話コールセンター
TEL：0570-041-001 (有料)
(平日 9：00～17：00 年末年始除く)
FAX：06-6455-3268
e-MAIL：help-shinsei-aomori@apply.e-tumo.jp

【各手続き等の内容に関するお問い合わせ先】
直接担当課にお問い合わせください。