

公的医療機関等 2025 プランご意見提出用紙

長崎県 福祉保健部 医療政策課（地域医療班）あて
（FAX：095-895-2573）

【送付枚数 枚】

病院名 ご氏名	
電話番号	

【ご意見】

医療機関名	
-------	--

該当箇所	ご意見内容
ページ： 項目名：	
ページ： 項目名：	
ページ： 項目名：	