

F A X又はメールにてご送付ください。
【送付先】東京都福祉保健局医療政策部医療政策課保健医療計画担当
F A X : 03-5320-4424

6月28日(火)

〆切

御意見書

委員

地域医療支援病院の承認について（諮問）

※下記の該当する項目を丸で囲み御提出ください。

- ・ 意見あり

- ・ 意見なし

(御意見欄)

御提出の無い場合は、御意見なしとさせていただきます。