

「石川県医師確保計画(案)」について 【意見様式】			
氏名		電話番号	
住所			
性別	<input type="checkbox"/> 男 <input type="checkbox"/> 女	年齢	<input type="checkbox"/> 20歳未満 <input type="checkbox"/> 20歳代 <input type="checkbox"/> 30歳代 <input type="checkbox"/> 40歳代 <input type="checkbox"/> 50歳代 <input type="checkbox"/> 60歳代 <input type="checkbox"/> 70歳代以上
(該当項目にチェック) 項目	<input type="checkbox"/> 第1節 総論 <input type="checkbox"/> 第2節 医師偏在の現状 <input type="checkbox"/> 第3節 医師確保の方針及び目標医師数 <input type="checkbox"/> 第4節 目標達成に向けた施策 <input type="checkbox"/> 第5節 産科医師確保計画 <input type="checkbox"/> 第6節 小児科医師確保計画 <input type="checkbox"/> その他 ( )		
【意見】			

注：2つ以上の項目についてご意見をご記入する場合、項目ごとに別用紙でご記入ください。

記入欄が不足する場合は、用紙を追加してご記入ください。