西三河北部医療圏 保健医療計画（原案（案））修正意見連絡票

機関名	
策定委員名	
回答作成担当者	部署名【　　】 氏　名【　　】 連絡先（電話）【　　】

※　「西三河北部医療圏保健医療計画（原案）（案）」に対し、修正意見がある場合、以下の欄に記入し、平成２９年９月５日（火）までにご回答ください。

（衣浦東部保健所ファクシミリ：０５６６－２５－１４７０）

修正意見	該当ページ