（参考様式）

岩手県循環器病対策推進計画（中間案）についての御意見

|  |  |  |
| --- | --- | --- |
| お住まいの市町村： | | お名前（団体名）： |
| 御　意　見 | | |
| ◇項目（ページ） | ◇御意見の内容      （足りない場合は、別紙を添付してください。） | |

【御意見の提出先】

郵送：〒020-8570　岩手県保健福祉部医療政策室

ファクス：０１９－６２６－０８３７

電子メール：AD0002@pref.iwate.jp（半角英数）

　　　　　　(件名に、本書の表題タイトルを明記してください。)

※　電話による御意見の受付は行いませんので御了承願います。

　【御意見の募集期間】

　　令和３年12月13日（月）　～　令和４年１月12日（水）