



プレビュー

【〳3/19】令和5年度第3回青森県（津軽地域）地域医療構想調整会議 意見票

【〳3/19】令和5年度第3回青森県（津軽地域）地域医療構想調整会議 意見票

事務担当者情報

機関・団体名 必須

機関・団体名を御入力ください。

事務担当部署名 必須

事務担当部署名を御入力ください。

事務担当者名 必須

事務担当者名を御入力ください。

氏： 名：

事務担当者の電話番号 必須

事務担当者の電話番号を御入力ください。

電話番号

事務担当者のメールアドレス 必須

事務担当者のメールアドレスを御入力ください。
受付完了後、当該メールアドレス宛て受付完了メールを送付します。

メールアドレス

協議事項

重点支援区域の申請の要否について 必須

資料を御確認の上、「県の対応（案）」について御意見ください。

- ☐ 異議なし
- ☐ 異議あり

選択解除

紹介受診重点医療機関に係る協議について 必須

資料を御確認の上、「各医療機関の紹介受診重点医療機関検討票」について御意見ください。

- ☐ 異議なし
- ☐ 異議あり

選択解除

具体的対応方針の策定・見直しについて 必須

資料を御確認の上、「弘前中央病院の具体的対応方針」について御意見ください。

- ☐ 異議なし
- ☐ 異議あり

選択解除

御意見

協議事項について 選択肢の結果によって入力条件が変わります

協議事項について、御意見がありましたら御入力ください。

なお、この項目は、協議事項に「異議あり」がある場合は必須項目となりますので、「異議あり」とする場合は、その理由を具体的に御入力ください。

入力文字数： 0/ 500

構想区域における医療提供体制の課題に関する事項について

構想区域における医療提供体制の課題に関する事項について、御意見がありましたら御入力ください。

入力文字数： 0/ 500

閉じる

【操作に関するお問い合わせ先】

固定電話コールセンター

TEL：0120-464-119

（平日 9：00～17：00 年末年始除く）

携帯電話コールセンター

TEL：0570-041-001（有料）

（平日 9：00～17：00 年末年始除く）

FAX：06-6455-3268

e-MAIL：help-shinsei-aomori@apply.e-tumo.jp

【各手続き等の内容に関するお問い合わせ先】

直接担当課にお問い合わせください。