

静岡市医療法施行細則の一部改正について（案）に関する意見応募用紙

静岡市医療法施行細則の一部改正について（案）について、あなたの御意見をお聴かせください。

【御意見のタイトル（項目、訂正箇所等）】 ※案のどの部分に対する御意見かをお書きください。
【御意見の内容】

※1 複数の御意見がある場合は、1枚に1件ずつお書きください。

※2 上記「御意見の内容」欄に「別紙とおとり。」と記入していただき、別紙にて御提出いただくことも可能です。

性 別	<input type="checkbox"/> 男性 <input type="checkbox"/> 女性
年 齢	<input type="checkbox"/> 19歳以下 <input type="checkbox"/> 20代 <input type="checkbox"/> 30代 <input type="checkbox"/> 40代 <input type="checkbox"/> 50代 <input type="checkbox"/> 60代 <input type="checkbox"/> 70歳以上
職 業	<input type="checkbox"/> 会社員 <input type="checkbox"/> 公務員 <input type="checkbox"/> 自営業 <input type="checkbox"/> 専業主婦（夫） <input type="checkbox"/> 学生 <input type="checkbox"/> パート・アルバイト <input type="checkbox"/> その他

御意見、ありがとうございました。

下記宛先に、郵便かファクシミリにより送信し、又は直接持参してください。

《送付（問合せ）先》

〒420-0846 静岡市葵区城東町24番1号

静岡市保健福祉長寿局保健衛生医療部保健所生活衛生課 医療安全対策係

[電 話]054-249-3159（直通） [ファクシミリ]054-209-0540

締切：令和8年3月12日（木）必着