



# プレビュー

## 【〳3/19】令和5年度第3回青森県（上十三地域）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（上十三地域）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、「十和田市立中央病院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、「十和田東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。