

神奈川県保健福祉局保健医療部医療課調整グループ 御中

F A X 0 4 5 - 2 1 0 - 8 8 5 6

**「神奈川県保健医療計画改定素案」に関する意見**

※必須記入 年齢\_\_\_\_\_歳 性別\_\_\_\_\_

※以下は任意です  
住所

職業 氏名