

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

FAX 045-210-8856

『神奈川県医療のグランドデザイン（案）』に対する意見

※必須記入 年齢_____歳 性別_____

※以下は任意です

住所

職業

氏名
