

【別紙様式】第2期宮城県医療費適正化計画(素案)に係る御意見・御提案について

委員名: \_\_\_\_\_  
電話番号: \_\_\_\_\_

送付期日:平成25年1月22日(火)  
ファクシミリ番号:022-211-2694

宮城県保健福祉部医療整備課 横田 行

章一節 (例)3-2-1(1)	ページ	該 当 箇 所	御 意 見 ・ 御 提 案 等