

提出先：和歌山県庁 医務課 医療戦略推進班

FAX番号：073-424-0425

第9回地域医療構想調整会議(和歌山保健医療圏構想区域)

書面決議書

(記入日) 令和 年 月 日

和歌山県地域医療構想(和歌山保健医療圏構想区域)

調整会議 議長様

構成機関名

委員名(職氏名)

議題1(決議事項案件)

和歌山保健医療圏構想区域における当面の病床機能転換の予定等について(資料1)

異議なし ・ 異議あり
(異議ありの場合はその内容を具体的にご記入ください。)

※「異議なし」または「異議あり」のどちらかに○をしてください。

※令和2年9月16日(水)までにFAX等で和歌山県庁医務課まで報告願います。

なお、期日までに報告がない場合は「異議なし」として取り扱います。

※決議の結果及び委員から提起されたご意見については、集計後、全委員へ報告させていただきます。