|  |  |
| --- | --- |
| 医療機関名（所在区市町村） | 　　　　　　　　　　　　　　　　（　　　　　　　　） |
| 記入者ご所属／お名前 | ／ |
| 連絡先電話番号 |  |

|  |  |
| --- | --- |
| 回答する質問（Ｑ－枝） | 回　答 |
|  |  |  |
|  |  |  |
|  |  |  |
|  |  |  |
|  |  |  |

※ＦＡＸではなく、下記のメールアドレス宛にご回答いただいても構いません。（メール本文への直接記載も可）

東京都福祉保健局医療政策部医療政策課　S0000298@section.metro.tokyo.jp

アンケート回答用紙（病院向け）

－　このままＦＡＸ送信してください　－

ＦＡＸ送信先　東京都福祉保健局医療政策部医療政策課　地域医療構想担当　行

（ＦＡＸ番号：０３－５３８８－１４３６）

回答する質問の番号（枝番号があるものについては、枝番号も）を記載の上、ご回答ください。