|  |  |
| --- | --- |
| 区市町村名 | 　　　　　　　　　　　　　　　　 |
| 記入者ご所属／お名前 | ／ |
| 連絡先電話番号 |  |

－　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）

アンケート回答用紙（区市町村向け）

✔

◆チェック 　 をお願いします◆

　Ｑ２（枝番含む）及びＱ６にてご回答いただいた取組状況等の概要を公表することの可否について

可（公表してもよい）

否（公表を希望しない）

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。

|  |  |
| --- | --- |
| 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