独立行政法人地域医療機能推進機構　本部総務部総務課　宛て

**「**独立行政法人地域医療機能推進機構**における**障害を理由とする差別の解消の推進に関する対応要領（案）」に対する意見

|  |  |
| --- | --- |
| 氏 名 | （企業・団体の場合は、企業・団体名、部署名及び 担当者名） |
| 住　 所 |  |
| 電話番号 |  |
| ファクシ  ミリ番号 | （設置されている場合のみ） |
| 電子メールアドレス |  |
| [ ご意見 ]  ○ 該当箇所（どの部分についての意見か、該当箇所が分かるように明記してください。）  ○ 意見内容  ○ 理由（可能であれば、根拠となる出典等を添付又は明記してください。 | |