

どくりつぎょうせいほうじんちいきいりょうきのうすいしんきこう ほんぶそうむぶそうむか あ
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

どくりつぎょうせいほうじんちいきいりょうきのうすいしんきこう しょうがい りゆう
「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
 さべつ かいしょう すいしん かん たいおうようりょう あん たい いけん
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

し めい 氏 名	きぎょう だんたい ばあい きぎょう だんたいめい ぶ しよめい (企業・団体の場合は、企業・団体名、部署名 きゆう たんとうしゃめい 及び 担当者名)
じゅう しょ 住 所	
でんわばんごう 電話番号	
ファクシ ばんごう ミリ番号	せっち ばあい (設置されている場合のみ)
でんし 電子メール アドレス	

[^{いけん}ご意見]

○ ^{がいとうかしよ}該当箇所（^{ぶぶん}どの部分についての^{いけん}意見か、^{がいとうかしよ}該当箇所が^わ分かるように^{めいき}明記してください。）

○ ^{いけんないよう}意見内容

○ ^{りゆう}理由（^{かのう}可能であれば、^{こんきよ}根拠となる^{しゅってんとう}出典等を^{てんぶまた}添付又は^{めいき}明記してください。）