

意見書

題名	川崎休日急患診療所及び幸休日急患診療所の市役所北庁舎への移転複合化（案）に関する意見募集について		
氏名 (団体の場合は、 名称及び代表者名)			
電話番号		FAX番号	
住所 (又は所在地)			
意見の提出日	令和8年 月 日	枚数	枚(本紙を含む)

政策等に対する意見

--	--	--	--

- お寄せいただいた御意見に対する個別回答はいたしませんので御了承ください。
- 記載していただいた個人情報は、提出された意見の内容を確認する場合に利用します。
また、個人情報は個人情報の保護に関する法律その他の関連規定に基づき厳重に保護・管理されます。
- 御意見などの概要を公表する際は、個人情報は公開いたしません。

提出先

部署名	川崎市健康福祉局保健医療政策部地域医療課		
電話番号	044-200-2426	FAX番号	044-200-3934
住所	〒210-8577 川崎市川崎区宮本町1番地 川崎市役所本庁舎13階		