

意見募集要領

1 意見募集対象

「診療行為に関連した死亡の死因究明等のあり方に関する課題と検討の方向性」に関するご意見の募集について

2 資料入手方法

意見募集対象となる「診療行為に関連した死亡の死因究明等のあり方に関する課題と検討の方向性」については、電子政府の総合窓口 [e-Gov] (<http://www.e-gov.go.jp>) の「パブリックコメント」欄に掲載するとともに、連絡先窓口において閲覧に供することとします。

3 意見の提出方法

意見書（別紙様式）に氏名及び住所（法人又は団体の場合は、名称、代表者の氏名及び主たる事務所の所在地）、並びに連絡先（電話番号又は電子メールアドレス）を明記の上、意見提出期限までに、次のいずれかの方法により提出してください。

ご記入いただいた氏名及び住所（法人又は団体の場合は、名称、代表者の氏名及び主たる事務所の所在地）、並びに連絡先（電話番号又は電子メールアドレス）は、提出意見の内容に不明な点があった場合等の連絡・確認のために利用します。

なお、意見書は、日本語で記入してください。

(1) 電子メールを利用する場合

電子メールアドレス：IRYOUANZEN@mh.lw.go.jp

厚生労働省医政局総務課医療安全推進室 あて

※メールの件名を「診療行為に関連した死亡の死因究明等のあり方に関する課題と検討の方向性について」としてください。

※メールに直接意見の内容を書き込むか、添付ファイル（ファイル形式はテキストファイル、マイクロソフトWordファイル又はジャストシステム社一太郎ファイル）として提出してください。

なお、電子メールの受取可能最大容量は、5MBとなっていますので、それを超える場合は、ファイルを分割するなどした上で提出してください。

(2) 郵送する場合

〒100-8916 東京都千代田区霞が関1-2-2

厚生労働省医政局総務課医療安全推進室 あて

(3) FAXを利用する場合

FAX番号：03-3501-2048

厚生労働省医政局総務課医療安全推進室 あて

（担当に電話連絡後、送付してください）

4 意見提出期限

平成19年4月20日（金）午後5時（必着）（郵便についても、募集期間内の必着とします。）

5 留意事項

提出されました意見は、とりまとめの上、電子政府の総合窓口 [e-Gov] パブリックコメント・意見募集案内 (<http://www.e-gov.go.jp>) の「パブリックコメント欄」に掲載するほか、厚生労働省医政局総務課医療安全推進室において配布します。

なお、意見を提出された方の氏名（法人等にあつてはその名称）やその他属性に関する情報を公表する場合があります（匿名希望、及びご意見も含めた全体について非公表を希望する場合は、意見提出時にその旨お書き添え願います。）。また、意見に対する個別の回答はいたしかねますので、あらかじめご了承ください。

照会先窓口

医政局総務課医療安全推進室

TEL 番号：03-5253-1111（代表）

（内線：2580、2579）

FAX 番号：03-3501-2048

意見書

平成 年 月 日

厚生労働省医政局総務課医療安全推進室 へ

郵便番号：〒 _____

住 所： _____

氏名（注1）： _____

電話番号： _____

電子メールアドレス： _____

「診療行為に関連した死亡の死因究明等のあり方に関する課題と検討の方向性について」に関して意見を提出いたします。

（以下に意見を記載する。別紙に記載する場合は「別紙に記載」と記載し、意見を記載した別紙を添付する。）

1. ご意見について

① ご意見を提出される点

◆ 項目番号： _____

◆ 内容： _____ について

② ご意見

2. ご自身の属性について（※ 必ずご記入下さい。）

① 年齢：_____（※ 下記より対応する番号をご記入下さい。）

1. 20歳未満	2. 20代	3. 30代	4. 40代
5. 50代	6. 60代	7. 70歳以上	

② 職業：_____（※ 下記より対応する番号をご記入下さい。）

＜一般＞		
1. 会社員	2. 自営業	3. 報道関係者
4. 公務員（医療・法曹・警察関係職種を除く）	5. 学生	6. 無職
7. その他（医療・法曹・警察関係職種を除く）		
＜医療従事者＞		
8. 医療機関管理者	9. 医師（管理者を除く）	10. 歯科医師（管理者を除く）
11. 薬剤師	12. 看護師	13. その他医療従事者
＜法曹・警察関係職種＞		
14. 弁護士	15. 裁判官	16. 検察官
17. 法学部教員	18. 警察官	19. その他法曹・司法関係者

③ 医療紛争等の経験：_____（※ 下記より対応する番号を1つご記入下さい。）

1. 医療紛争の当事者になったことがある。
2. 医療紛争の当事者にはなっていないが身近で見聞きしたことがある。
3. 医療紛争の経験なし

注1 法人又は団体にあつては、その名称及び代表者の氏名を記載すること。

注2 用紙の大きさは、日本工業規格A列4番とすること。別紙に記載する場合はページ番号を記載すること。