

【様式2】（法人・団体用）

第三次試案に対する意見書（法人・団体用）

1. 提出日 平成20年 月 日

2. 連絡先

法人・団体名	
代表者の 役職/氏名	
連絡担当者の 氏名	
郵便番号	
住所	
電話・FAX番号	
電子メールアドレス	

※上記の連絡先は、非公表であり、記載のあった情報については、適正に管理し、ご意見の内容に不明な点があった場合の連絡等、意見募集に関する業務にのみ使用させていただきます。

3. 意見書の公表について（必ずご記入ください）

※ 可・不可のいずれかを選択してください。

※ 記入のない場合は、公表といたします。

1. 法人・団体名の公表： 可 不可

2. 代表者の役職・氏名の公表： 可 不可

3. 意見書本文の公表： 可 不可

(※以下ご意見を試案の段落番号を明記した上で記入してください)

平成 年 月 日

「医療の安全の確保に向けた医療事故による死亡の原因究明・再発防止等の在り方に関する試案－第三次試案－」に対する意見について

法人・団体名

代表者の役職・氏名