

提出先：湯浅保健所 保健課  
FAX番号：0737-64-1290

## 第10回和歌山県地域医療構想（有田保健医療圏構想区域） 調整会議 書面決議書

（記入日）令和 年 月 日

和歌山県地域医療構想（有田保健医療圏構想区域）  
調整会議 議長 様

構成機関名 \_\_\_\_\_

委員名（職氏名） \_\_\_\_\_

### 議題1 当面の病床機能転換の予定について（有田保健医療圏）（資料1）

☐ 異議なし

☐ 異議あり

（ご意見等）

### 議題2 医療機器の共同利用について（有田保健医療圏）（資料2）

☐ 異議なし

☐ 異議あり

（ご意見等）

※構成機関名及び委員名（職氏名）をご記入のうえ、「異議なし」または「異議あり」のどちらかに  
☑ をしてください。（「異議あり」の場合はご意見を具体的にご記入ください）

※令和3年11月5日（金）までにFAX等で湯浅保健所まで報告願います。  
（期日までに報告がない場合は「異議なし」として取り扱い致します。）

※決議の結果及び委員から提起されたご意見については、集計後、全委員へ報告させていただきます。