

(回答様式)

2月18日(木)までに御回答をお願いいたします。

提出先： FAX 0895-24-6806

氏 名 ( )

1 地域医療構想において推計する「在宅医療・介護施設等」の追加的需要について

**設問1**

追加的需要に対応する「在宅医療・介護施設等」が受け持つ割合を 1:3.5 とすることについての考えを以下から選択の上、「○」を御記入ください。

異議なし

異議あり

※「異議なし」を選択の場合終了です。「異議あり」を選択の場合、設問2を御記入ください。

**設問2**

設問1で「異議あり」を選択した理由、割合を決定する際に選択すべき方法とその理由、その場合の在宅医療と介護施設等の割合を御記入ください。

【設問1で「異議あり」を選択した理由】

【割合を決定する際に選択すべき方法】

【その理由】

【上記の場合の在宅医療と介護施設等の割合】

在宅医療：介護施設等＝                      :

2 令和2年度第2回愛媛県宇和島構想区域地域医療構想調整会議資料について、御意見等がございましたら御記入ください。

--