

意見書

対象医療機関に係る病床機能再編支援事業給付金の活用に対する意見は
下記のとおりです。

記

医療機関名 (住所)	給付金活用の 適否 (いずれかに○)	(否の場合) その理由
緑ヶ丘クリニック (伊賀市緑ヶ丘本町7 6 1 番地)	適 ・ 否	

委員名_____