

【様式1】(個人用)

大綱案に対する意見書 (個人用)

1. 提出日 平成20年 月 日

2. 連絡先

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、非公表情報として、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ので、無い場合を除き必ずご記入ください。

3. 意見書の公表について (必ずご記入ください)

※ 以下の項目について、可・不可のいずれかを明記してください。

例) 『(可)』又は『(○可 / 不可)』など

※ ご意見を公表する場合、以下の項目に記入のないものは、非公表とさせていただきます。

1. 氏名の公表 : (可 / 不可)

2. 所属の公表 : (可 / 不可)

3. 背景(年齢・職業・医事紛争の経験)の公表 :
(可 / 不可)

4. 意見書本文の公表 : (可 / 不可)

4. 氏名：

5. 所属：

6. 年齢： (←ここに下記より対応する番号をご記入ください。)

- | | | | |
|----------|--------|--------|----------|
| 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 |

7. 職業： (←ここに下記より対応する番号をご記入ください。)

<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 |

8. 医事紛争の経験： (←ここに下記のいずれかの番号をご記入ください。)

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

(※以下ご意見を大綱案等の該当項目を明記した上で記入してください)

「医療安全調査委員会設置法案(仮称)大綱案」に対する意見について