

宮城県公報

宮 城 県
（総務部私学文書課）
宮城県仙台市青葉区
本町三丁目8番1号
電話 022(211)2267
（毎週火、金曜日発行）

目 次

規 則

○環境影響評価条例施行規則の一部を改正する規則

（環境対策課）

一

○肝炎治療に係る医療費用交付規則の一部を改正する規則

（疾病・感染症対策室）

一

○婦人保護施設の設備及び運営に関する基準を定める条例施行規則の一

部を改正する規則

一

告 示

○漁業災害補償法に基づく同意の届出の審査結果（区域内特定養

殖業者）

一

○保安林の指定の予定

（農林水産経営支援課）

一

○保安林の指定の予定

（森林整備課）

一

○保安林の指定の予定

（同）

一

公 告

○開発行為に関する工事の完了（四件）

（建築宅地課）

一

選挙管理委員会

○個人演説会等を開催することができる施設の告示の一部改正について

一

規 則

環境影響評価条例施行規則の一部を改正する規則をここに公布する。

平成二十七年十二月二十五日

宮城県知事 村 井 嘉 浩

○宮城県規則第百十二号

環境影響評価条例施行規則の一部を改正する規則

環境影響評価条例施行規則（平成十一年宮城県規則第五号）の一部を次のように改正する。

別表第一備考第五号中「統計法第二十八条及び附則第三条の規定に基づき、産業に関する分類の名称及び分類表を定める件（平成二十一年総務省告示第七十五号）」を「統計法第二十八条の規定に基づき、産業に関する分類を定める件（平成二十五年総務省告示第四百五号）」に、同表備考第六号口中「鳥獣の保護及び狩猟の適正化に関する法律」を「鳥獣の保護及び管理並びに狩猟の適正化に関する法律」に改める。

この規則は、公布の日から施行する。

附 則

この規則は、公布の日から施行する。

肝炎治療に係る医療費用交付規則の一部を改正する規則をここに公布する。

平成二十七年十二月二十五日

宮城県知事 村 井 嘉 浩

○宮城県規則第百十三号

肝炎治療に係る医療費用交付規則の一部を改正する規則

肝炎治療に係る医療費用交付規則（平成二十年宮城県規則第四十九号）の一部を次のように改正する。

様式第二号（その一）中

診 断 年 月	昭和・平成 年 月	インターフェロン 治療歴	時 期 医療機関	年 月～ 年 月
過去の治療歴	C型肝炎ウイルスに対する治療の場合、該当する項目にチェックする。 1 3剤併用療法（ペグインターフェロン、リバビリン及びプロテアーゼ阻害剤）の治療歴 <input type="checkbox"/> 3剤併用療法の治療歴なし。 <input type="checkbox"/> 3剤併用療法を受けたことがあるが、十分量の24週投与が行われなかった。 （具体的な経過・理由： <input type="checkbox"/> インターフェロンフリー治療歴 <input type="checkbox"/> インターフェロンフリー治療歴あり。（薬剤名： <input type="checkbox"/> 直前の抗ウイルス治療がインターフェロンフリー治療である。）			

や

診 断 年 月	年 月	
過去の治療歴	C型肝炎ウイルスに対する治療の場合、該当する項目にチェックする。 1 3剤併用療法（ペグインターフェロン、リバビリン及びプロテアーゼ阻害剤）の治療歴 <input type="checkbox"/> 3剤併用療法の治療歴なし。 <input type="checkbox"/> 3剤併用療法を受けたことがあるが、十分量の24週投与が行われなかった。 （具体的な経過・理由： <input type="checkbox"/> 治療の時期 年 月～ 年 月、医療機関名 <input type="checkbox"/> インターフェロンフリー治療歴 <input type="checkbox"/> インターフェロンフリー治療歴あり。 （薬剤名： <input type="checkbox"/> 治療の時期 年 月～ 年 月、医療機関名 <input type="checkbox"/> 直前の抗ウイルス治療がインターフェロンフリー治療である。）	

じ

治療上の問題点	
医療機関名及び所在地 （直前の抗ウイルス治療がインターフェロンフリー治療の場合はいずれかにチェックが必要）	記載年月日 年 月 日
医師氏名	<input type="checkbox"/> 日本肝臓学会肝臓専門医 <input type="checkbox"/> 日本消化器病学会消化器病専門医 印

や

治療上の付記事項 (問題点等)	記載年月日 年 月 日 (直前の抗ウイルス治療がインターフェロンフリー治療の場合はいずれかにチェックが必要) <input type="checkbox"/> 日本肝臓学会肝臓専門医 <input type="checkbox"/> 日本消化器病学会消化器病専門医 医療機関名, 所在地及び医師氏名 印
--------------------	---

ご署名。

様式第11号 (ヤシ三) 中

診 断 年 月	昭和・平成 年 月	インターフェロン 治療歴	時期 医療機関 年 月～ 年 月
過去の治療歴	下記の該当箇所の□にチェックを入れてください。 1 B型慢性活動性肝炎の場合 <input type="checkbox"/> これまでの治療はペグインターフェロン製剤でなかった。 <input type="checkbox"/> C型慢性肝炎又はC型代償性肝硬変の場合 2 過去のペグインターフェロン及びリバビリン併用療法の治療歴 <input type="checkbox"/> 以下のア又はイのいずれにも該当しない。 ア これまでの治療において、十分量のペグインターフェロン及びリバビリン併用療法による48週投与を行なったが、36週目までにHCV-RNAが陰性化しなかった。 イ これまでの治療において、ペグインターフェロン及びリバビリン併用療法による72週投与が行われた。 (2) 過去の3剤併用療法の治療歴 (ペグインターフェロン, リバビリン及びプロテアーゼ阻害剤) の治療歴 <input type="checkbox"/> 3剤併用療法の治療歴なし。 <input type="checkbox"/> 3剤併用療法を受けたことがあるが、十分量の24週投与が行われなかった。 (具体的な経過・理由：) (3) インターフェロンフリー治療歴 <input type="checkbox"/> インターフェロンフリー治療歴あり。(薬剤名：) <input type="checkbox"/> 直前の抗ウイルス治療がインターフェロンフリー治療である。		

ヤ

診 断 年 月	年 月
下記の該当箇所の□にチェックを入れてください。 1 B型慢性活動性肝炎の場合 <input type="checkbox"/> これまでの治療はペグインターフェロン製剤ではなかった。 (治療の時期 年 月～ 年 月, 医療機関名) 2 C型慢性肝炎又はC型代償性肝硬変の場合 (1) 過去のペグインターフェロン及びリバビリン併用療法の治療歴 <input type="checkbox"/> 以下のア又はイのいずれにも該当しない。 ア これまでの治療において、十分量のペグインターフェロン及びリバビリン併用療法による48週投与を行ったが、36週目までにHCV-RNAが陰性化しなかった。 イ これまでの治療において、ペグインターフェロン及びリバビリン併用療法による72週投与が行われた。 (2) 過去の3剤併用療法(ペグインターフェロン, リバビリン及びプロテアーゼ阻害剤)の治療歴 <input type="checkbox"/> 3剤併用療法の治療歴なし。 <input type="checkbox"/> 3剤併用療法を受けたことがあるが、十分量の24週投与が行われなかった。 { 具体的な経過・理由 : 治療の時期 年 月～ 年 月, 医療機関名 } <input type="checkbox"/> インターフェロンフリー治療歴あり。 { 薬剤名 : 治療の時期 年 月～ 年 月, 医療機関名 } <input type="checkbox"/> 直前の抗ウイルス治療がインターフェロンフリー治療である。	
過去の治療歴	

印

治療上の問題点	記載年月日 年 月 日
医療機関名及び所在地 (直前の抗ウイルス治療がインターフェロンフリー治療の場合はいずれかにチェックが必要)	記載年月日 年 月 日
<input type="checkbox"/> 日本肝臓学会肝臓専門医	<input type="checkbox"/> 日本消化器病学会消化器病専門医
医師氏名 印	
治療上の付記事項 (問題点等)	記載年月日 年 月 日
(直前の抗ウイルス治療がインターフェロンフリー治療の場合はいずれかにチェックが必要)	記載年月日 年 月 日
<input type="checkbox"/> 日本肝臓学会肝臓専門医	<input type="checkbox"/> 日本消化器病学会消化器病専門医
医療機関名, 所在地及び医師氏名 印	

印

様式第二号（ヤの四）中

診 断 年 月	昭和・平成 年 月	インターフェロン 治療歴	時 期 医療機関	年 月～ 年 月
過去の治療歴	下記のいずれかの□にチェックする。 1 インターフェロン治療歴 <input type="checkbox"/> インターフェロン治療歴なし。 <input type="checkbox"/> インターフェロン治療歴あり。 (チェックした場合、前回の治療内容を○で囲む。) ア ペグインターフェロン及びリナビリン併用療法 (中止・再燃・無効) イ 上記以外の治療 (具体的に記載：) (中止・再燃・無効) 2 インターフェロンフリー治療歴 <input type="checkbox"/> インターフェロンフリー治療歴あり。(薬剤名) <input type="checkbox"/> 直前の抗ウイルス治療がインターフェロンフリー治療である。			

ヤ

診 断 年 月	年 月
過去の治療歴	下記のいずれかの□にチェックする。 1 インターフェロン治療歴 <input type="checkbox"/> インターフェロン治療歴なし。 <input type="checkbox"/> インターフェロン治療歴あり。 (治療の時期 年 月～ 年 月, 医療機関名 (チェックした場合、これまでの治療内容を○で囲む。) ア ペグインターフェロン及びリナビリン併用療法 (中止・再燃・無効) イ 上記以外の治療 (具体的に記載：) (中止・再燃・無効) 2 インターフェロンフリー治療歴 <input type="checkbox"/> インターフェロンフリー治療歴あり。 <input type="checkbox"/> 直前の抗ウイルス治療がインターフェロンフリー治療である。

イ

治療上の問題点	記載年月日 年 月 日
医療機関名及び所在地	
(直前の抗ウイルス治療がインターフェロンフリー治療の場合はいずれかにチェックが必要)	<input type="checkbox"/> 日本肝臓学会肝臓専門医 <input type="checkbox"/> 日本消化器病学会消化器病専門医
医師氏名	印

や

治療上の付記事項 (問題点等)	記載年月日 年 月 日
(直前の抗ウイルス治療がインターフェロンフリー治療の場合はいずれかにチェックが必要)	<input type="checkbox"/> 日本肝臓学会肝臓専門医 <input type="checkbox"/> 日本消化器病学会消化器病専門医
医療機関名, 所在地及び医師氏名	印

こひる。

様式第11号 (ヤ5五) 中

診断年月	昭和・平成 年 月	インターフェロン 治療歴	時期 年 月 年 月	医療機関
過去の治療歴	下記のいずれかの <input type="checkbox"/> にチェックする。			
	1 インターフェロン治療歴			
	<input type="checkbox"/> インターフェロン治療あり。			
	(チェックした場合, これまでの治療内容を○で囲む。)			
		ア ベグインインターフェロン及びリバビリン併用療法 (中止・再燃・無効)		
		イ ベグインインターフェロン, リバビリン及びプロテアーゼ阻害剤 (薬剤名:)		
		3剤併用療法 (中止・再燃・無効)		
		ウ 上記以外の治療 (具体的に記載:) (中止・再燃・無効)		
	2 インターフェロンフリー治療歴			
	<input type="checkbox"/> インターフェロンフリー治療あり。(薬剤名:)			
	<input type="checkbox"/> 直前の抗ウイルス治療がインターフェロンフリー治療である。			

や

診 断 年 月	年 月
下記のいずれかの□にチェックする。 1 インターフェロン治療歴 <input type="checkbox"/> インターフェロン治療歴あり。 (治療の時期 年 月～ 年 月, 医療機関名 (チェックした場合, これまでの治療内容を○で囲む。)) ア ベグインターフェロン及びリバビリン併用療法 (中止・再燃・無効) イ ベグインターフェロン, リバビリン及びプロテアーゼ阻害剤 (薬剤名:) 3剤併用療法 (中止・再燃・無効) ウ 上記以外の治療 (具体的に記載:) (中止・再燃・無効) 2 インターフェロン治療歴 <input type="checkbox"/> インターフェロン治療あり。 { 薬剤名: 治療の時期 年 月～ 年 月, 医療機関名 <input type="checkbox"/> 直前の抗ウイルス治療がインターフェロン治療である。 }	

り

治療上の問題点	上記のとおり, 他のプロテアーゼ阻害剤を用いた3剤併用療法による再治療を行うことが適切であると判断します。 記載年月日 年 月 日 医療機関名及び所在地 (直前の抗ウイルス治療がインターフェロン治療の場合はいずれかにチェックが必要) <input type="checkbox"/> 日本肝臓学会肝臓専門医 <input type="checkbox"/> 日本消化器病学会消化器病専門医 医師氏名 印
---------	--

り

治療上の付記事項 (問題点等)	上記のとおり, 他のプロテアーゼ阻害剤を用いた3剤併用療法による再治療を行うことが適切であると判断します。 記載年月日 年 月 日 (直前の抗ウイルス治療がインターフェロン治療の場合はいずれかにチェックが必要) <input type="checkbox"/> 日本肝臓学会肝臓専門医 <input type="checkbox"/> 日本消化器病学会消化器病専門医 医療機関名, 所在地及び医師氏名 印
--------------------	--

り

様式第二号 (その六) 中

診 断 年 月	昭和・平成 年 月	インターフェロン 治療歴	時 期 年 月～ 年 月	医療機関
過去の治療歴	下記に該当する場合、 <input type="checkbox"/> にチェックする。 <input type="checkbox"/> インターフェロン治療歴あり。 (1)にチェックした場合、これまでの治療内容について該当項目を○で囲む。 ア ベグインインターフェロン及びリバビリン併用療法 (中止・再燃・無効) イ ベグインインターフェロン、リバビリン及びゾラテラマーゼ阻害剤 (薬剤名： 3剤併用療法 (中止・再燃・無効) ウ 上記以外の治療 (具体的に記載：)			

や

診 断 年 月	年 月
過去の治療歴	下記に該当する場合、 <input type="checkbox"/> にチェックする。チェックした場合、これまでの治療内容について該当項目を○で囲む。 <input type="checkbox"/> インターフェロン治療歴あり。 (治療の時期 年 月～ 年 月、医療機関名) ア ベグインインターフェロン及びリバビリン併用療法 (中止・再燃・無効) イ ベグインインターフェロン、リバビリン及びゾラテラマーゼ阻害剤 (薬剤名： 3剤併用療法 (中止・再燃・無効) ウ 上記以外の治療 (具体的に記載：)

じ

治療上の問題点	医療機関名及び所在地 (いずれかにチェックが必要) <input type="checkbox"/> 日本肝臓学会肝臓専門医 <input type="checkbox"/> 日本消化器病学会消化器病専門医 医師氏名 印
	記載年月日 年 月 日

や

治療上の付記事項 (問題点等)	
<p>記載年月日 年 月 日</p> <p>(いずれかにチェックが必要) <input type="checkbox"/> 日本肝臓学会肝臓専門医 <input type="checkbox"/> 日本消化器病学会消化器病専門医</p> <p>医療機関名, 所在地及び医師氏名</p> <p>印</p>	

様式第二号(その六)の次に次の二様式を加える。

に改める。

様式第2号（その7）（第2条関係）

肝炎治療受給者証（インターフェロンフリー治療）の交付申請に係る診断書（再治療用）

フリガナ		性別	生年月日（年齢）		
患者氏名		男・女	明 昭 大 平	年 月 日 生	（満 歳）
診断年月	年 月				
過去の治療歴	下記に該当する場合、 <input type="checkbox"/> にチェックする。チェックした場合、これまでの治療内容について該当項目を○で囲む。 1 インターフェロン治療歴 <input type="checkbox"/> インターフェロン治療歴あり。 （治療の時期 年 月～ 年 月、医療機関名 _____） ア ペグインターフェロン及びリバビリン併用療法（中止・再燃・無効） イ ペグインターフェロン、リバビリン及びプロテアーゼ阻害剤（薬剤名： _____） 3剤併用療法（中止・再燃・無効） ウ 上記以外の治療（具体的に記載： _____） 2 インターフェロンフリー治療歴 <input type="checkbox"/> インターフェロンフリー治療歴あり。（薬剤名： _____）（中止・再燃・無効） （治療の時期 年 月～ 年 月、医療機関名 _____）				
検査所見	今回の治療開始前の所見を記入するとともに、該当する方を○で囲む。 1 C型肝炎ウイルスマーカー (1) HCV-RNA 定量 _____（単位： _____，測定法 _____） （検査日： 年 月 日） (2) ウイルス型 $\left(\begin{array}{l} \text{セロタイプ（グループ）1} \\ \text{セロタイプ（グループ）2} \end{array} \right)$ （検査日： 年 月 日） 2 血液検査 AST _____ IU/l（施設の基準値： _____～_____）（検査日： 年 月 日） ALT _____ IU/l（施設の基準値： _____～_____）（検査日： 年 月 日） 血小板数 _____ / μ l（施設の基準値： _____～_____）（検査日： 年 月 日） その他の血液検査所見（必要に応じて記載） 3 画像診断及び肝生検などの所見（具体的に記載）（検査日： 年 月 日） （所見） 4 （肝硬変症の場合）Child-Pugh分類 A・B・C（該当する方を○で囲む。）				
診 断	該当番号を○で囲む。 1 慢性肝炎（C型肝炎ウイルスによる） 2 代償性肝硬変（C型肝炎ウイルスによる） ※Child-Pugh分類Aに限る。				
肝がんの合併	該当番号を○で囲む。 肝 がん 1 あり（治療中） 2 なし（肝がん治癒後も含む。）				
治療内容	インターフェロンフリー治療（薬剤名： _____） 治療予定期間 _____ 週 医療費助成開始予定年月 _____ 年 _____ 月 治療予定医療機関（ _____）				
本診断書を作成する医師	以下のいずれかの項目にチェックがない場合は助成対象となりません。 <input type="checkbox"/> 肝疾患診療連携拠点病院に常勤する日本肝臓学会肝臓専門医 <input type="checkbox"/> 他の日本肝臓学会肝臓専門医又は日本消化器病学会消化器病専門医で、様式第2号（その8）を添付している医師				
治療上の付記事項（問題点等）					
上記のとおり、以前とは異なるインターフェロンフリー治療薬による再治療を行う必要があると診断します。 記載年月日 _____ 年 _____ 月 _____ 日 医療機関名、所在地及び医師氏名 _____ 印					

（注）1 診断書の有効期間は、記載日から起算して3か月以内です。
 2 記載日前6か月以内（ただし、3剤併用治療中の場合は治療開始時）の資料に基づいて記載してください。
 3 記入漏れのある場合は認定できないことがあるので、御注意ください。

様式第2号（その8）（第2条関係）

インターフェロンフリー治療（再治療）に対する意見書

返信先医療機関及び担当医

フリガナ		性 別	生 年 月 日 （年齢）		
患者氏名		男・女	明 昭 大 平	年 月 日 生	（満 歳）
住所	〒 電話番号 ()				

肝炎治療特別促進事業における認定基準（抜粋）

(3) インターフェロンフリー治療について

HCV-RNA 陽性のC型慢性肝炎又はChild-Pugh分類AのC型代償性肝硬変で、インターフェロンを含まない抗ウイルス治療を行う予定、又は実施中の者のうち、肝がんの合併のないもの。

※1 上記については、原則1回のみ助成とする。ただし、インターフェロンフリー治療歴のある者については、肝疾患診療連携拠点病院に常勤する日本肝臓学会肝臓専門医によって他のインターフェロンフリー治療薬を用いた再治療を行うことが適切であると判断される場合に限り、改めて助成の対象とすることができる。なお、2(1)及び2(2)に係る治療歴の有無は問わない。

※2 上記については、初回治療の場合、治療に対する助成の申請にあたっては、第5に定める医療機関の医師のうち、日本肝臓学会肝臓専門医又は日本消化器病学会消化器病専門医が「肝炎治療受給者証の交付申請に係る診断書」を作成すること。

※3 上記については、再治療の場合、肝疾患診療連携拠点病院に常勤する日本肝臓学会肝臓専門医の判断を踏まえた上で、第5に定める医療機関の医師のうち、日本肝臓学会肝臓専門医又は日本消化器病学会消化器病専門医が「肝炎治療受給者証の交付申請に係る診断書」を作成すること。

1 本意見書を記載する医師は、以下のいずれの項目にもチェックが必要です。

- 上記の肝炎治療特別促進事業の実務上の取扱いにおける認定基準を確認した。
- 日本肝臓学会のC型肝炎治療ガイドラインを精読した。
- ウイルス性肝疾患の治療に十分な知識・経験を持っている。

2 本意見書を記載する医師が適切であると判断する場合に限り、以下にチェックの上返信して下さい。

- この患者さんに対するインターフェロンフリー治療による再治療は、適切であると判断します。

記載年月日 年 月 日

肝疾患診療連携拠点病院名及び所在地

本意見を述べた日本肝臓学会肝臓専門医の氏名

印

(注) 1 本意見書の有効期間は、記載日から起算して3ヶ月以内です。

2 本意見書は肝疾患診療連携拠点病院に常勤する日本肝臓学会肝臓専門医が記載する必要があります。

様式第六号中

インターフェロン治療

核酸アナログ製剤治療

を

インターフェロン治療

核酸アナログ製剤治療

インターフェロンγ治療

に改める。

附 則

(施行期日)

1 この規則は、公布の日から施行する。
(経過措置)

2 改正前の肝炎治療に係る医療費用交付規則による様式で取扱い上著しく支障のないものについては、当分の間、改正後の肝炎治療に係る医療費用交付規則の規定によるものとみなす。

婦人保護施設の設備及び運営に関する基準を定める条例施行規則の一部を改正する規則をここに公布する。
平成二十七年十二月二十五日

宮城県知事 村 井 嘉 浩

○宮城県規則第百十四号

婦人保護施設の設備及び運営に関する基準を定める条例施行規則の一部を改正する規則

婦人保護施設の設備及び運営に関する基準を定める条例施行規則(平成二十五年宮城県規則第三十八号)の一部を次のように改正する。

第七条第一号中「三十歳以上の者であつて、」を削る。

附 則

この規則は、平成二十八年一月一日から施行する。

告 示

○宮城県告示第千二百二号

漁業災害補償法(昭和三十九年法律第百五十八号。以下「法」という。)第百二十五条の六第三項において準用する法第百五条の二第三項の規定により届出のあった次の加入区に係る区域内特定養殖業者の共済契約の締結の申込み又は規約の設定についての同意は、法第百二十五条の六第一項に規定する要件に適合するものと認める。

平成二十七年十二月二十五日

宮城県知事 村 井 嘉 浩

加入区 の 名 称	区 域	同意成立の 届出年月日	発起人の住所及び氏名	養殖業の種類	区内特定 養殖業者数
宮城県第 百五加入 区	平成十九年宮 城告示第 百八十八号(漁 業災害補償法 に基づき漁業 共済に係る加 入区の設定)を 告示された 宮城県漁業協 同組合の女川 町支所の地区 のうち飯子浜 の区域	平成二十七年 十二月十六日	牡鹿郡女川町飯子浜字 飯子二十三 阿部 吉春 牡鹿郡女川町飯子浜字 飯子七十六 阿部 忠勝	漁業災害補償 法施行令(昭 和三十九年政 令第百九十九 号)第十八 条の四に規定 するほたて貝 養殖業	九人

○宮城県告示第千二百三十三号

森林法(昭和二十六年法律第二百四十九号)第二十五条の二第二項の規定により、次のように保安林の指定をする予定である。

平成二十七年十二月二十五日

宮城県知事 村 井 嘉 浩

一 保安林予定森林の所在場所

石巻市十八成浜中山一三の二(次の図に示す部分に限る。)

二 指定の目的

潮害の防備

三 指定施業要件

1 立木の伐採の方法

(一) 主伐は、択伐による。

(二) 主伐として伐採をすることができる立木は、当該立木の所在する市町村に係る市町村森林整

備計画で定める標準伐期齢以上のものとする。

(三) 間伐に係る森林は、次のとおりとする。

- 2 立木の伐採の限度並びに植栽の方法・期間及び樹種
次のとおりとする。

〔次の図〕及び「次のとおり」は、省略し、その図面及び関係書類を宮城県庁（農林水産部森林整備課）及び白石市役所に備え置いて縦覧に供する。）

○宮城県告示第千四百号

森林法（昭和二十六年法律第二百四十九号）第三十三条の三において準用する同法第二十九条の規定により、次のように保安林の指定施業要件を変更する予定である旨、農林水産大臣から通知があった。

平成二十七年十二月二十五日

宮城県知事 村 井 嘉 浩

一 指定施業要件の変更に係る保安林の所在場所

- 白石市（次の図に示す部分に限る。）

2 保安林として指定された目的

水源の涵養

3 変更後の指定施業要件

(一) 立木の伐採の方法

- (1) 主伐に係る伐採種は、定めない。

(2) 主伐として伐採をすることができる立木は、当該立木の所在する市町村に係る市町村森林整備計画で定める標準伐期齢以上のものとする。

(3) 間伐に係る森林は、次のとおりとする。

(二) 立木の伐採の限度

次のとおりとする。

二一 指定施業要件の変更に係る保安林の所在場所

白石市（次の図に示す部分に限る。）

2 保安林として指定された目的

土砂の流出の防備

3 変更後の指定施業要件

(一) 立木の伐採の方法

- (1) 次の森林については、主伐は、択伐による。

白石市（次の図に示す部分に限る。）

(2) その他の森林については、主伐に係る伐採種を定めない。

- (3) 主伐として伐採をすることができる立木は、当該立木の所在する市町村に係る市町村森林整備計画で定める標準伐期齢以上のものとする。

(四) 間伐に係る森林は、次のとおりとする。

(二) 立木の伐採の限度並びに植栽の方法・期間及び樹種
次のとおりとする。

〔次の図〕及び「次のとおり」は、省略し、その図面及び関係書類を宮城県庁（農林水産部森林整備課）及び白石市役所に備え置いて縦覧に供する。）

公 告

○都市計画法（昭和四十三年法律第百号）第二十九条第一項の規定により許可した次の開発区域（工区）に係る開発行為は、その工事を完了した。

平成二十七年十二月二十五日

宮城県知事 村 井 嘉 浩

一 工事を完了した開発区域（工区）に含まれる

地域の名称

二 開発許可を受けた者の住所及び氏名（名称）

宮城県知事 村 井 嘉 浩
宮城県七ヶ浜町汐見台南二丁目百五十四番百五十九
東京都豊島区東池袋三丁目二十番三号
株式会社西洋ハウジング

○都市計画法（昭和四十三年法律第百号）第二十九条第一項の規定により許可した次の開発区域（工区）に係る開発行為は、その工事を完了した。

平成二十七年十二月二十五日

宮城県知事 村 井 嘉 浩

一 工事を完了した開発区域（工区）に含まれる

地域の名称

二 開発許可を受けた者の住所及び氏名（名称）

東松島市赤井字西谷地五十七番二、五十八番
四、五十九番六、八十番、同字中新丁二百四十七番二
東松島市矢本字上河戸百六十五番地三
大槻 研知

○東日本大震災復興特別区域法（平成二十三年法律第百二十二号）第五十条第二項の規定により都市計画法（昭和四十三年法律第百号）第二十九条第一項の許可があったものとみなされた次の開発区域

(工区)に係る開発行為は、その工事を完了した。
平成二十七年十二月二十五日

一 工事を完了した開発区域(工区)に含まれる地域の名称

宮城県知事 村 井 嘉 浩
気仙沼市所沢二百三番の一部、二百四番、二百六番一の一部、二百六番二の一部、二百九番一、二百九番二、二百十二番の一部、二百十四番、二百十五番の一部、二百十六番、二百十七番、二百十九番、二百二十番一、二百三十五番一の一部、二百三十八番一、二百四番地先の道、二百十五番地先の道の一部、二百六番二地先の道の一部
気仙沼市

二 開発許可を受けた者の住所及び氏名(名称)

○東日本大震災復興特別区域法(平成二十三年法律第二百二十二号)第五十条第二項の規定により都市計画法(昭和四十三年法律第百号)第二十九条第二項の許可があつたものとみなされた次の開発区域(工区)に係る開発行為は、その工事を完了した。
平成二十七年十二月二十五日

一 工事を完了した開発区域(工区)に含まれる地域の名称

宮城県知事 村 井 嘉 浩
本吉郡南三陸町戸倉字津野五十番の一部、八十七番一の一部、百五番の一部、同字沖田五十三番二の一部
(第二工区)

二 開発許可を受けた者の住所及び氏名(名称)

南三陸町

選挙管理委員会

○宮選管告示第百七十四号

平成七年宮選管告示第八号(個人演説会等を開催することができる施設の告示)の一部を次のように改正する。

平成二十七年十二月二十五日

宮城県選挙管理委員会

委員長 菊 地 光 輝

石巻市牡鹿体育館の項、根方公益堂の項、西谷地公益堂の項、御蔵場公益堂の項、山崎公益堂の項、

砂押会館の項、新田公益堂の項、小崎生活センターの項、糠塚生活センターの項、町下生活センターの項、道の生活センターの項、大番所生活センターの項、赤羽根生活センターの項、石巻市河南山根中埠転作推進集落センターの項、石巻市須江老人憩の家の項、石巻市鹿又老人憩の家の項、石巻市北村老人憩の家の項、石巻市和湖老人憩の家の項、石巻市広湖老人憩の家の項、石巻市砂押老人憩の家の項、石巻市三軒谷地老人憩の家の項、石巻市根方老人憩の家の項、石巻市谷地中老人憩の家の項、石巻市箱清水老人憩の家の項、石巻市曾波神多目的研修センターの項、上谷地親交会館の項、北和湖親睦会会館の項、下谷地会館の項、中山会館の項及び茄子川交流センターの項を削り、にっこりサンパーククラブハウスの項の次に次のように加える。
同 市鹿妻二丁目六番二五号
同 市桃生町太田字拾貫式番七一番地二