三戸中央病院経営強化プラン（案）に対する意見記入用紙

提出日　　令和　　　年　　　月　　　日

|  |  |
| --- | --- |
| ふりがな |  |
| お　名　前 |  |
| ご　住　所 | 〒 |
| 電話番号 |  |
| 意見提出者の　区　分 |  下の１から３までのうち、該当するもの一つに丸印を記入してください。 １ 三戸町に居住、勤務または在学する人 ２ 三戸町に事務所または事業所を有する個人、法人、その他の団体 ３ 施策等の案に直接的な利害関係を有する人 |

※　お名前などが公表されることはありません。意見について確認する必要がある場合、連絡をとらせていただくために、記入をお願いします。

|  |
| --- |
| ご意見をご記入ください。 ※計画（案）のページ番号や目次なども記入してください。 |

　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　【問い合わせ先】

　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　三戸中央病院事務局経理班

　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　TEL　0179-20-1131

　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　FAX　0179-20-1320