

# 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