砂川市病院事業「経営強化プラン（案）」に関する意見記入票

|  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- |
| ふりがな |  | 性別※任意記載 | 生年月日 | 年 　月　　日 |
| 氏　名 |  |  | 年　齢 | 満　　 歳 |
| 住　所 | 砂川市 | | | |

意見記入欄

|  |  |
| --- | --- |
| 該当ページ、見出し番号 | 意　　見 |
|  |  |

※意見募集結果の公表の際には、ご意見以外の内容（住所・氏名等）は公表いたしません。

※いずれかの方法で提出してください。

①ファクシミリでの送信　②メールによる送信　③閲覧先のご意見箱

　　　　　　　　　　　　　　　　　提出先　〒073-0196　砂川市西４条北３丁目１番１号

　　　　　 　　　　　　　　　　　　　　　　　　砂川市立病院　経営企画課　企画係

　　　　　　　　 　　　　　　　　　　　　　　　TEL　0125-54-2131　FAX　0125-54-0101

　　　　　　　　　　　 　　　　　　　　　　　　Eメール　info@med.sunagawa.hokkaido.jp