

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