

意見書

案 件 名	苫小牧市立病院新改革プラン(案)(平成28年度～平成32年度)について		
※ 氏 名		性別・年齢	男 ・ 女 歳
※法人その他の の団体の方	団 体 名		
	代 表 者 名		
	意見提出担当者名		
※ 住 所 (所在地)		※連絡先 (電話番号)	
意見の内容	(案のどの部分に対するご意見かがわかるように記入してください。)		

- ・ ※印のついている欄は、必ず記入して下さい。
- ・ ご意見は、案の決定の際に参考にさせていただきます。また、氏名、住所などの個人情報を除き、市及び市立病院のホームページなどで公表する場合があります。
- ・ これらの個人情報は、厳正に管理し、他の目的に使用することはありません。また、この意見書は返却できませんので、ご了承ください。
- ・ ご意見の内容確認などのため、病院担当からご連絡させていただく場合があります。
- ・ メールにより提出した場合は、メールの受信を確認した旨の返信をします。受信確認の返信がない場合は、以下の問い合わせ先までご連絡をお願いします。

意見の提出先(担当部課名、問い合わせ先)

提出先 〒053-8567 苫小牧市清水町1丁目5番20号 苫小牧市立病院事務部経営管理課

電 話 0144-33-3131 FAX 0144-34-7511

メールアドレス byoin-keiei @city.tomakomai.hokkaido.jp

提出期限 平成29年1月13日(金) 午後5時15分(郵送の場合、当日消印有効)