**外ヶ浜町新病院基本構想（案）及び基礎調査（案）**

**に対する意見書（提出様式）**

|  |  |
| --- | --- |
| 区　　分 | 基本構想（案）　　・　　基礎調査（案）（いずれかを○で囲んでください） |
| ページ番号及び行番号 |  |
| 意見の内容 |  |

* ご意見の記載方法は、資料として設置してある基本構想（案）又は基礎調査（案）のページ番号及び行番号とご意見等をご記入ください。

**氏　　名**　　　　　　　　　　　　　　　　　　**性別**　　　男 ・ 女　　　**年齢**　　　　歳

**住　　所**

**電話番号**

１　ご意見は、次のいずれかの方法で提出してください。

（１）窓口提出　　外ヶ浜中央病院事務局へ提出

（２）郵　　　　送　　〒030-1308 外ヶ浜町字下蟹田42-1

外ヶ浜中央病院事務局　宛へ郵送

（３）ファックス　　　外ヶ浜中央病院事務局備え付けのFAX（0174-22-4650）へ送信

２　個人情報については、他の目的に使用しないなど厳重に取り扱い、公表はいたしません。

３　お寄せいただいたご意見は、外ヶ浜町新病院基本構想及び基礎調査策定の際の参考とさせていただきます。なお、個別の回答はしませんのでご了承ください。

４　意見募集期間は令和３年３月１７日（水）までとし、郵送の場合は３月１７日必着とします。

問い合わせ先　外ヶ浜中央病院事務局　　電話0174-22-3450