**「焼津市立総合病院経営強化プラン (案)」に関する意見記入用紙**

|  |  |
| --- | --- |
| 住　　所  （※１） |  |
| 氏　　名  （※２） |  |
| 電話番号 |  |
| ※１　焼津市外に住所を有する方は、次のうち該当する番号を○印で囲んでください。  　　　１．市内に在勤・在学している（事業所名又は学校名　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　）  　　　２．市内に事業所、事務所を有している。（事業所名　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　）  　　　３．市に対して納税義務を有している。  　　　４．市民意見公募制度に係る事案に利害関係を有している。  　　　　　（利害関係の内容　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　）  ※２　法人、団体などの場合は、氏名欄に名称及び代表者名を記載してください。 | |

|  |  |
| --- | --- |
| 意 　見　 の　 内 　容 | |
| 【計画案の該当ページ及び箇所】 | |
| 【意見】 | |
| 意見募集期間 | 令和６年２月５日（月）から令和６年３月６日（水）まで（必着） |
| 問合せ・提出先 | 〒425-8505  静岡県焼津市道原1000番地  焼津市立総合病院　事務部　病院経営戦略課　病院経営戦略担当  TEL 054-623-3111　FAX 054-624-9103  Eﾒｰﾙ　keiei.senryaku@hospital.yaizu.shizuoka.jp |