

「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	
<p>※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。</p> <p>1. 市内に在勤・在学している（事業所名又は学校名）)</p> <p>2. 市内に事業所、事務所を有している。（事業所名）)</p> <p>3. 市に対して納税義務を有している。</p> <p>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))</p> <p>※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。</p>	

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