**新佐渡市立両津病院　基本設計書（概要版）に対するパブリックコメント**

**ご意見提出用紙**

|  |  |
| --- | --- |
| **（ﾌﾘｶﾞﾅ）**必須**氏名**（事業者の方は、事業者の名称および代表者氏名） |  |
| **住所**必須（事業者の方は、事業所の所在地） |  |
| **所属**（勤務先または在学先） | ※市内に住所を有する個人又は事業者の方は記入不要 |
| **電話番号**必須 |  |
| **メールアドレス** |  |
| **ご意見の内容**必須 |
|  |

■提出方法　閲覧場所への持込み、郵送、ファックス又は市ホームぺージ応募専用フォーム

■提出期限　令和４年４月28日（木）　必着

■提出先　　佐渡市立両津病院　管理部　新病院整備室

　　　　　　〒９５２－０００７

　　　　　　佐渡市浜田１７７番地１

　　　　　　ファックス　０２５９－２３－３０７０

※各ご意見への個別回答はしませんので、ご了承ください。

※いずれの手段で提出される場合も、お名前とご住所が記入されていない場合は、お受けできない場合があります。なお、お名前やご住所などは公表しません。