

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

必須 (フリガナ) 氏名 (事業者の方は、事業者の 名称および代表者氏名)	
必須 住所 (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
必須 電話番号	
メールアドレス	
必須 ご意見の内容	

- 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ペ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。