［ご意見提出用紙］

［件名］「佐渡市立両津病院経営強化プラン（案）」

|  |  |  |
| --- | --- | --- |
| 氏　名 | |  |
| 所属 | 会社名又は  所属団体名 |  |
| 部署名 |  |
| 住　所 | |  |
| 電話番号 | |  |
| メールアドレス | |  |
| ご意見欄 | |  |

|  |
| --- |
| 提出方法　ご意見提出用紙の持込、郵送、FAX  提出期限　令和６年３月２２日（金）17時必着  提出先　〒952-0007　佐渡市浜田177番地1  　　　　　佐渡市立両津病院管理部管理課  　　　　　電話：0259-23-5111　FAX：0259-23-3070 |