**新大崎市民病院改革プラン（中間）に対する意見**

１　意見

|  |  |
| --- | --- |
| 項目またはページ数 | 意　見　の　内　容 |
|  |  |

２　意見の提出者

|  |  |
| --- | --- |
|  |  |
| 住　　　所 |  |
| 連　絡　先 |  |
| 対象者区分  （該当番号に○） | １．市内に居住または勤務している人  ２．市内に事業所を有する個人または法人 |

* 上記に記載してください。（提出者に関する記載事項は公表しません）
* 匿名，電話でのご意見については応じかねますので，ご了承ください。

３　意見の提出先

（１）持参の場合　　大崎市民生部健康推進課（古川保健福祉プラザ内）

または各総合支所地域振興課

（２）郵送の場合　　〒９８９－６１５４　　大崎市古川三日町二丁目５番１号

大崎市民生部健康推進課　保健・地域医療担当　宛て

（３）ＦＡＸの場合　　０２２９（２３）９８８０

（４）Ｅメールの場合　　ｋenko@city.osaki.miyagi.jp