

病院事業地域説明会についてのご意見提出用紙

| ご意見等の内容 | |
|---------|--|
| | |
| 住 所 | |
| 氏 名 | |
| 電話番号 | |

◆ご提出先

- ・ 中津川市民病院 企画経営課 〒508-8502 中津川市駒場 1522-1
TEL 0573-66-1251 FAX 0573-65-6445
E-mail nmgh-jimu@city.nakatsugawa.gifu.jp
- ・ 国保坂下病院 総務課 〒509-9232 中津川市坂下 722-1
TEL 0573-75-3118 FAX 0573-75-2590
E-mail hospksaka@city.nakatsugawa.gifu.jp

<ご提出いただいたご意見への対応>

1. ご提出いただいたご意見は、今後の方針を決定する際の参考にさせていただきます。
2. ご意見に対して個別に回答はいたしませんのでご了承ください。
3. ご意見提出用紙の個人情報は厳守いたします。