|  |
| --- |
| 1. 該当する項目を１つだけ選択してください。**（必須）**
 |
| □市民　 □市内在勤者　 □市内通学者　 □市内で事業(その他の活動)を行う者　 □利害関係者 |
|  |

|  |
| --- |
| 1. **①で利害関係者と選択された方は**、具体的な利害関係を記載してください。**（必須）**
 |
|  |
| 1. 住所及び氏名を記載してください。

法人の場合、法人の所在地を住所欄、名称と代表者の氏名を氏名欄へ記載してください。 |
| **住所** | 〒 | **氏名** |  |

|  |
| --- |
| ■具体的なご意見等をお書きください。（入力必須）※何ページのどの項目についてのご意見等であるか、できるだけ具体的に下記へご記入くださいますようお願いします。 |
| 【ご意見】 |
| ■意見募集期間　令和５年６月５日(月) ～ 令和５年６月２５日(日) 【同日の消印有効】■提出先（郵送可）　〒635-8501　礒野北町１番１号　大和高田市立病院　財務企画課 |