

「地方独立行政法人知多半島総合医療機構第1期中期目標（案）」に対する意見提出書

住 所※	
氏 名※	
電 話 番 号※	
意見提出者の区分 (該当する区分に ○印をしてください。)	1. 市内に住所を有する者 2. 市内に事務所又は事業所を有する個人、法人 3. 市内に通勤し、又は通学する者 4. 当該案件に関係を有する者
(ご意見等記入欄) ※	

※いただきましたご意見等の内容について、お問い合わせすることがありますので、住所、氏名、電話番号は必ずご記入ください。

※法人その他の団体にあつては、住所欄に事務所又は事業所の所在地、氏名欄に名称及び代表者の氏名をご記入ください。

※ご意見等記入欄が足りないときは、別紙を添付してください。

提出先：半田病院管理課  
連絡先：22-9881