

昭和伊南総合病院「新病院建設基本計画（案）」に関する意見書

項 目	記入欄	受付欄 (昭和伊南総合病院)
氏 名	(法人その他の団体にあつては、法人及び団体名及び代表者の氏名)	
住 所	(法人その他の団体にあつては、主たる事務所、事業所の所在地) 〒	
勤務・在学先	(住所が伊南 4 市町村以外の方はご記入ください。)	
電話番号	(自宅・携帯・その他)	
意見募集の名称	伊南行政組合昭和伊南総合病院 新病院建設基本計画（案）	
基本計画（案）についての意見 (日本語により意見理由を含めて記載してください。)	基本計画（案）内の該当ページ _____ ページ	
提出期限	令和 5 年 1 月 2 5 日（水）	
※氏名や住所、電話番号等の記載がないもの、基本計画（案）内該当ページのないもの、基本計画（案）に係る意見以外は無効とさせていただきます。		
※内容について確認のため直接お聞きする場合があります。		