香取市パブリックコメント意見提出様式

氏　名（又は名称）					
住　所（又は所在地）					
電　話　番　号		年齢		性別	
意見提出者の区分 ※該当する番号に○を付してください。	1　市内に住所を有する方 2　市内の学校に在学している方〔学校名：　　〕 3　市内の事業所等に勤務している方〔名称：　　〕 4　当該案件に利害関係を有している方（法人その他団体含む） 〔具体的内容：　　〕				

※上の枠内は、必ず記入してください。

ご意見記入欄

件名：　地方独立行政法人香取おみがわ医療センター中期目標　（素案）

◆ 意見募集結果の公表の際には、ご意見以外の内容（住所・氏名等）は公表いたしません。
◆ ご記入いただく個人情報（住所、氏名、電話番号等）につきましては、今回募集する意見を確認する必要がある場合のみに利用させていただきます。
◆ いただいたご意見に対しての個別の回答はいたしかねますので、予めご了承ください。

【提出先・問い合わせ】
健康づくり課地域医療推進室（1階）　TEL 0478-79-8870 ／ FAX 0478-79-8871
メール iryou@city.katori.lg.jp