

町民意見公募手続 意見提出様式

令和      年      月      日

八 雲 町 長 様

住      所

氏      名

電話番号

\*法人その他の団体にあつては、所在地、名称及び代表者氏名

案 件 名

八雲総合病院経営強化プラン（素案）について

（意見及びその理由）

注）住所・氏名・連絡先電話番号は、必ず記入願います。

不明な点は、八雲総合病院庶務課経理係へお問い合わせ願います。