|  |
| --- |
| 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っては、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せ願います。