|  |  |
| --- | --- |
| 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 | 病院事業使用料及び手数料の改正について |
| （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へお問い合せ願います。

本意見の募集期間は、令和２年１月７日から２月６日までです。