別紙

県立病院経営強化プラン（案）について

【ご意見様式】

氏　名 (名称)		*連絡先	（電話番号又はメールアドレス）
住　所 (所在地)			
*年　齢	□20 歳未満 □20 歳代 □30 歳代 □40 歳代 □50 歳代 □60 歳代 □70 歳以上		
*職　業	□会社員・団体職員 □自営業 □農林漁業 □主婦 □学生 □教員・公務員 □その他		
項　目	□　A　基本的事項 □　B　中央病院 □　C　こころの病院 □　D　経営強化プランの推進体制 □　その他（　　）		

【ご　意　見】

注１：住所、氏名の記載がないものについては受付いたしませんのでご注意ください。
　　＊印の項目については差し支えなければご記入ください。

注２：選択項目欄では、該当項目に☑（または該当項目の□を■に変更）してください。

注３：記入欄が不足する場合は、適宜、用紙を足すなどしてご記入ください。