**『西川町立病院経営強化プラン改訂版（案）』に関する意見**

|  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- |
| 住所（所在地）  ※必ず記入 |  | | | | |
| 氏名（名称）  ※必ず記入 |  | | | | |
| 電話番号  ※必ず記入 |  | ※個人の方の場合 | | | |
| 年齢 | 歳 | 性別 | 男 ・ 女 |
| いずれか該当する番号に○を記入してください。　※必ず記入  　　　１　町内に住所を有している  ２　町内の事務所又は事業所に勤務している  ３　本プラン（案）に利害関係を有する個人、法人及びその他の団体である  　　（３の場合、具体的な内容：　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　） | | | | | |
| ◎御意見等 | | | | | |

・上記の内容が記載してあれば、任意の様式でも構いません。

・令和７年３月１８日（火）午後５時まで、ＡＢＣいずれかの方法で提出してください。

Ａ：メール：[jimu@town.nishikawa.yamagata.jp](mailto:jimu@town.nishikawa.yamagata.jp) (西川町立病院経営管理室)

Ｂ：意見箱にこの用紙を投函：意見箱は町立病院、保健センター、交流センターあいべ、

にしかわイノベーションハブTRAS（トラス）、町役場に設置しています。

Ｃ：郵　送：〒990-0702　西川町大字海味581　西川町立病院事務室

　※資料は、西川町ホームページにも掲載しています。

・いただいた意見の概要とその意見に対する町の考え方等について、募集期間終了後に公表します。

（応募者の住所・氏名等は公表いたしません）。

・いただいた意見への個別回答はいたしません。また、改訂したプランは、西川町ホームページに掲載します。

・電話による意見はお受けできませんので、御了承願います。

・応募の際に御記入いただいた個人情報は適切に管理し、この応募の目的以外には使用しません。

・御意見は、日本語で提出してください。