**意 見 提 出 用 紙**

|  |
| --- |
| **「田村市新病院建設基本計画（案）」に対する、みなさんのご意見をお寄せ下さい。****※提出する場合は、必ず氏名、住所、電話番号をご記入下さい。** |
| 氏　名(団体等の名称・代表者名) |  |
| 住　所(団体等の所在地) |  |
| 電　話　番　号 |  |
| 意見者の区分(いずれかに〇) | 1. 市内に住所を有する者
2. 市内の事務所又は事業所に勤務する者
3. 市内の学校に在学する者
4. 市内の事務所又は事業所を有する個人及び法人その他の団体
5. 本案件に利害関係を有する者

※具体的な利害関係（　　　　　　　　　　　　　　　　　　） |
| **意見欄**　※あてはまる項目（章）にご記入ください。特定の表現（箇所）へのご意見の場合は、該当ページ、行目などを記載してください。 |
| ■第1章について（1㌻~6㌻） |
|  |
|  |
|  |
|  |
|  |
| ■第２章について（7㌻~9㌻） |
|  |
|  |
|  |
|  |
|  |
| ■第３章について（10㌻~20㌻） |
|  |
|  |
|  |
|  |
|  |
| ■第４章について（21㌻~22㌻） |
|  |
|  |
|  |
|  |
|  |
| ■第５章について（23㌻~24㌻） |
|  |
|  |
|  |
|  |
|  |
| ■その他ご意見 |
|  |
|  |
|  |
|  |
|  |

※この用紙に限らず、任意の用紙でも結構ですが、氏名・住所・電話番号は忘れず記入してください。

※ご意見以外の項目（氏名・住所・電話番号）は、公表いたしません。

※いただいたご意見等に直接回答は致しませんので、あらかじめご了承願います。

ありがとうございました。令和2年3月6日（金）までにご提出ください。

☟【提出方法】☟

・郵送の場合：〒963-4393　田村市役所　保健福祉部保健課　宛（※住所記入は不要。）

・ファックスの場合：0247-82-4555　※保健課宛と余白に明記してください。

・Eメールの場合：hoken@city.tamura.lg.jp

・ご持参いただく場合：保健福祉部保健課又は最寄りの行政局市民課、出張所へ