（意見記入様式）

**国民健康保険おいらせ病院経営強化プラン案に対する意見**

|  |
| --- |
| 記入日　　令和　　年　　月　　日　 |
| ふりがな | 電話**（必須）** |  |
| お名前**（必須）** |
| ご住所**（必須）**〒 |
| **【意見】** |
| 【提出締切（メール・FAX・郵送・直接共通）：令和6年2月18日（日）17：00必着】※プラン案の記載内容等に関してご意見をいただく場合は、その箇所が分かるようにページ数等を示した上で内容をお書きください。※ご意見やそれ対する考え方は、個人情報を除き、町ホームページで公表します。※ご意見に対して個別の回答は行いません。※お名前などの必須項目が記載されていない場合は、ご意見として受付しません。 |

・返信先アドレス＝byoin@town.oirase.aomori.jp ／ FAX＝0178-52-3110

・郵送先＝〒039-2225　おいらせ町上明堂1-1　国民健康保険おいらせ病院