**パブリックコメント意見提出書**

|  |  |  |
| --- | --- | --- |
| ■氏名【※必須】 | |  |
| ■案の名称 | | 地方独立行政法人筑後市立病院第4期中期目標(素案) |
| ■連絡先 | 住 所 【※必須】 | 〒 |
| 電話番号 |  |
| ファックス |  |
| E-mail |  |
| ■意見提出者の区分  【※必須】  該当する項目1つに○をつけてください。 | | 1.筑後市内に住所を有する者  2.筑後市内に通勤する者  勤務する事務所又は事業所の所在地及び名称  （　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　）  3.筑後市内に通学する者  　　在学する学校の所在地及び名称  （　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　）  4.筑後市内に事務所又は事業所を有する者  　　市内に有する事務所又は事業所の所在及び名称  　（　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　）  5.その他パブリックコメント手続きの対象となる事案に利害関係を有する者  　パブリックコメント手続きの対象となる事案に対し有すると判断する利害関係  　（　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　） |
| ■ご意見（※できれば何ページ、何行目等、具体的に書いてください）  ◆地方独立行政法人筑後市立病院第4期中期目標(素案)について | | |

※必須項目については、必ずご記入下さい。

※記入欄が不足する場合は、この用紙をコピーしてお使いください。なお、この様式は変更せずご記入下さい。