市立加西病院　総務課　行

FAX：0790-4２-３４６０

**「加西市新病院建設基本計画（案）」に対するご意見**

|  |  |
| --- | --- |
| 氏名  (団体の場合は名称及び代表者名) | 連絡先（電話番号） |
| 住所又は所在地  （住所が市外の場合、該当するものを選んで番号に○をつけてください。）  1．市内在勤　　　2．市内在学　　　3．その他 | |

上記の記述がないものは受付できませんので、ご注意ください。上記の情報は公表しません。また、意見募集（パブリックコメント）にのみ使用します。

|  |  |
| --- | --- |
| ご意見を記入してください | |
| ご意見 | ページ・行 |
|  |  |
|  |  |
|  |  |
|  |  |
|  |  |
|  |  |
|  |  |
|  |  |
|  |  |
|  |  |
|  |  |
|  |  |
|  |  |
|  |  |
|  |  |
|  |  |

※ご意見の応募期間は、令和３年２月５日（金）までです。