

阿賀野市の市立病院と地域医療を守り育てる条例（案）への意見書

平成 年 月 日

件 名	阿賀野市の市立病院と地域医療を守り育てる条例（案）
意見の提出者 住 所（所在地）	
氏 名（名称）	
電 話 番 号	
意見提出者の区分 ※該当する番号に○ をつけてください。	1 市内に住所を有する者 2 市内の事務所または事業所に勤務する者 3 市内の学校に在学する者 4 市内に事業所等を有する法人その他の団体
ご 意 見	※意見及び理由を記載してください。 ※ページや項目名を記載するなど、どの部分についてのご意見か、当該箇所がわかるように明記してください。（記入例）○ページ（第○条）の○○について、○○○という表現を加えるべきである。

○意見欄が足りないときは、別紙（様式不問）を添付してください。

○全ての項目に記入してください。項目に記入がない場合には、意見として検討されない場合がありますのでご注意ください。

【問い合わせ先】

〒959-2092 新潟県阿賀野市岡山町 10 番 15 号 阿賀野市役所 議会事務局

TEL 0250-62-2510（内線 511） FAX 0250-61-2067 E-mail gikai@city.agano.niigata.jp