

「焼津市立総合病院改革プラン（案）」意見記入用紙

住 所 _____

氏 名 _____

電話番号 _____

ご意見 1 項目につき 1 枚ご提出ください。

【項目】 該当する項目の□に✓を入れてください。

- | | |
|---|---|
| <input type="checkbox"/> 1 計画策定の趣旨等 | <input type="checkbox"/> 7 経営効率化に係る目標 |
| <input type="checkbox"/> 2 市立総合病院の沿革及び概要 | <input type="checkbox"/> 8 目標達成に向けての取り組み等 |
| <input type="checkbox"/> 3 患者数等の推移 | <input type="checkbox"/> 9 病床数の抜本的な見直し |
| <input type="checkbox"/> 4 経営状況の推移 | <input type="checkbox"/> 10 施設の増改築計画の検討について |
| <input type="checkbox"/> 5 市立総合病院の果たすべき役割と方向性 | <input type="checkbox"/> 11 経営形態の見直しに係る検討について |
| <input type="checkbox"/> 6 一般会計における経費負担の考え方 | <input type="checkbox"/> 12 改革プランの見直し等について |

【意見】

※郵送、FAX、Eメールまたは持参により、提出してください。（電話によるご意見の提出は受け付けておりません）

※ 氏名（名称）、住所、電話番号をご記入ください。これらは、必要に応じてご意見の内容を確認させていただく場合のために記入をお願いするものです。

※ 寄せられたご意見は氏名等を除いて、まとめた上でご意見の概要及び焼津市の考え方とともに公表させていただきますので、あらかじめご了承ください。

締切 平成 21 年 3 月 13 日（金）必着

送付先 〒425-8505 焼津市道原 1000 番地 焼津市立総合病院企画経理課企画担当

FAX 054-624-9103 Eメール kikaku@hospital.yaizu.shizuoka.jp

問い合わせ先 焼津市立総合病院企画経理課企画担当 TEL054-623-3111(代表)