

「雲南市医療施設等個別施設計画（案）」に関する意見等について

(フリガナ) ※必ず記入してください 氏名
※必ず記入してください 住所
※必ず記入してください 電話番号 メールアドレス
意見提出者の区分 <input type="checkbox"/> 市内に住所を有する人 <input type="checkbox"/> 市内に事務所又は事業所を有する個人、法人等 <input type="checkbox"/> 市内に通勤、通学する人 <input type="checkbox"/> その他、案件に利害関係のある人

意見記載欄（意見欄が足りない場合は、別紙（様式不問）を追加してください。）

該当頁	項目	意見及び理由等

◆提出期限：令和8年5月1日（金）午後5時 ※郵送の場合は募集期間内の消印有効

◆意見の提出方法 次のいずれかの方法をお願いします。

【提出先】

- ① 持 参：雲南市健康福祉部保健医療政策課（市役所本庁舎1階）又は各総合センター
- ② 郵 送：〒699-1392 雲南市木次町里方521-1 雲南市健康福祉部保健医療政策課あて
- ③ F A X：0854-40-1040
- ④ 電子メール：hokeniryouseisaku@city.unnan.shimane.jp

◆氏名、住所、電話番号を必ず記入してください。

◆意見募集結果の公表の際には、ご意見以外の内容（住所、氏名等）は公表しません。

◆恐れ入りますが、意見は簡潔にご記入いただきますようお願いします。

◆意見に対する個別の回答はいたしかねますので、あらかじめご了承ください。