

「地方独立行政法人りんくう総合医療センター第4期中期目標（案）」に対する  
意見等

|                  |           |                        |
|------------------|-----------|------------------------|
| ご<br>連<br>絡<br>先 | ご氏名または団体名 |                        |
|                  | ご住所または所在地 | 郵便番号 —                 |
|                  | ご連絡先      | 電 話 番 号 :<br>メールアドレス : |

※ご連絡先の公表はいたしません。

■ご意見等の内容

記入例を参考に  へご記入ください。

| ページ<br>No      | 項目                     | ご意見等の内容                   |
|----------------|------------------------|---------------------------|
| 【記入例】<br>1 ページ | 【記入例】<br>質の高い医療の提供について | 【以下の欄に、ご意見を具体的に記入してください。】 |
|                |                        |                           |

※締 切 令和7年11月20日（木） 午後5時15分必着

※送付先 郵 送 の 場 合 : 〒598-8550 泉佐野市市場東一丁目1番1号

健康推進課パブリックコメント担当宛て

F A Xの場合 : 072 (461) 4571

電子メールの場合 : [hoken-c@city.izumisano.lg.jp](mailto:hoken-c@city.izumisano.lg.jp)

持 参 の 場 合 : 泉佐野市役所3階健康推進課【8:45~17:15】※開庁日に限る