

No.

意見箱

「ご意見」

◇ 記入日 : 平成 年 月 日

◇ お名前 :

1.入院患者(病棟: ) 2.外来患者(診療科: ) 3.その他( )

◇ ご住所 :

◇ 電話番号 :

◇ ご意見の対象 : 1.医師 2.看護師 3.事務 4.その他スタッフ  
5.施設設備 6.病院の移転新築 7.その他( )

◇ ご意見の掲示について : 1.希望する 2.希望しない

※「希望する」又は「無印」の場合、ご意見等を1階の掲示板に掲示します。

※「希望しない」の場合には、掲示しません。

※掲示を「希望する」又は「無印」の場合でも、内容によって掲示を控えさせていただく場合がございます。

- ◆ ご意見を寄せられた方のお名前は公表しません。プライバシーは守ります。  
(名前・住所の記入を希望されない方は、匿名でご記入ください。)  
よりよい病院づくりを目指して、可能な限り対応を図ります。