

意見票

令和 年 月 日

氏 名 _____

第6回地方独立行政法人知多半島総合医療機構評価委員会における下記事項について、次のとおり意見を申し出ます。

記

(1) 役員報酬について			
	意見あり		意見なし
※「意見あり」の場合、ご記入ください。			