[HP用-131]

記入日　　令和　　年　　月　　日

※　よろしければ、次の該当する項目に〇をつけて下さい。

あなたの性別	男性　・　女性
あなたの年齢	20歳未満　・　20歳代　・　30歳代
	40歳代　・　50歳代　・　60歳代
	70歳代　・　80歳代　・　90歳以上

病院に対するご意見、ご希望等があればご記入して下さい。

ご協力ありがとうございました。

社会医療法人　共栄会　札幌トロイカ病院　病院長