

新病院名称 応募用紙

①新名称案	
②新名称案の読み方(フリガナ)	
③応募者の住所	
④応募者の氏名	
⑤応募者の年齢	
⑥応募者の連絡先電話番号	
市外に住所があり市内に通勤・通学されている方は、次の事項も記入してください。	
⑦事業所名・学校名	
⑧事業所・学校の所在地(町名)	

<注意事項>

必要事項の記入がないもの、1人で複数の応募があるもの、その他応募要件等を満たさないものは無効となります。次の点にご注意ください(詳しくは病院 Web サイト内の新病院名称募集要項をご覧ください)。

- (1) 応募できる方は、島田市内在住又は島田市内に通勤・通学されている方に限ります。
- (2) 名称は、病院の理念や基本方針の趣旨に即さない、あるいは反したものでないこと。
- (3) 名称は、他病院と混同することのないよう、読み方や表記等が他と同一でないこと。
- (4) 名称は、公序良俗に反したものでないこと。
- (5) 名称は、不当に患者を誘引する誇大広告等の恐れがないこと。
- (6) 名称は、第三者の商標権等の権利または利益を侵害する恐れがないこと。
- (7) 採用者の氏名やお住いの地域等を公表することがあります。

<提出方法>

市役所総合受付横もしくは病院 1 階正面玄関横の新病院情報コーナー等に設置した応募箱に投函いただくか、各支所窓口等(金谷南支所、金谷北支所、川根支所、六合公民館及び初倉公民館内行政サービスセンター)にご提出ください。

<提出期間> 令和元年7月1日(月)～令和元年7月19日(金)の平日午前9時から午後5時まで

<問い合わせ先> 市立島田市民病院 事務部 病院建設課 電話 0547-35-2111 (代表)