**附件1： 南通市第六人民医院**

**改善医疗服务意见建议征集表**

|  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- |
| 姓 名 |  | 电 话 |  | 通讯地址 |  |
| 身份证号： | | | | | |
| 意见建议（1） | | | | | |
| 意见建议（2） | | | | | |
| 意见建议（3） | | | | | |
| 意见建议（4） | | | | | |
| 意见建议（5） | | | | | |
| 意见建议（6） | | | | | |