

患者満足度調査へのご協力について

-みなさまの**ご意見**をお聞かせください！-

本アンケートは、当院が患者さんに、より一層充実した医療サービスを提供させていただくために実施していますので、アンケート調査にご協力をお願いいたします。

ご意見・ご要望・感想などぜひ率直な**ご意見**をお聞かせください！

アンケート期間	2025年11月10日（月）～12月26日（金）
---------	--------------------------

■ 回答方法

- ・QRコードを読み取り、回答をお願いします。

[アンケートリンク先（←クリック）](#)

※こちらのリンク先からも回答可能です。

用紙での回答希望の場合は1階エントランス
ホール自動販売機付近に設置しております。

- 所要時間は約5分（選択式の簡単なアンケートです）
- アンケートは匿名応答、サインインは必要ありません。
- 個別の返事はできかねますので予めご了承ください。

