（別添 2）

大阪府後期高齢者医療広域連合宛　意見提出用紙

ふりがな 氏名又は 団体の代表者氏名		
ふりがな 勤務先・学校又は 団体の名称		
住所又は 勤務先・学校・団体 の所在地	（〒　　－　　）	
連　絡　先	電　話	
	ＦＡＸ	
	ﾒｰﾙｱﾄﾞﾚｽ	

【留意事項】

１　「住所又は所在地」「氏名（ふりがな）」「連絡先」をご記入ください。

※ご意見の内容は公表する予定ですが、それ以外の個人情報は公表いたしません。

２　欄が不足する場合は、コピー等で対応をお願いします。

３　提出に当たっては、**郵送**又は**ＦＡＸ、電子メール、持参**のいずれかの方法でお願いします。

郵送又は持参：〒５４０－００２８
大阪市中央区常盤町１－３－８　中央大通ＦＮビル８階
大阪府後期高齢者医療広域連合事務局

ＦＡＸ　　：０６－４７９０－２０３０
電子メール　：kouchou@kouikirengo-osaka.jp