**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給付課事業係

ＦＡＸ　　　：０６－４７９０－２０３０

電子メール　：[kouchou@kouikirengo-osaka.jp](mailto:kouchou@kouikirengo-osaka.jp)