**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