

## 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
	F A X
	メールアドレス

**【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、持参の方法をお願いします。

郵送又は持参：〒540-0028  
                   大阪府中央区常盤町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-2@kouikirengo-osaka.jp](mailto:kouchou-2@kouikirengo-osaka.jp)