

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@kouikirengo-osaka.jp