（別添5）

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

「第３期保健事業実施計画（データヘルス計画）(案)」について

【留意事項】

１　「氏名（ふりがな)」「住所又は所在地」「連絡先」等をご記入ください。
　　※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