

**福岡県後期高齢者医療広域連合第3次広域計画(素案)  
に対する意見等**

<p><b>【必須項目】</b> ①氏名(法人等の場合は名称及び代表者の氏名)</p>	
<p>連絡先</p>	<p><b>【必須項目】</b> ②住所(所在地)</p> <p style="font-size: small;">※福岡県外在住の方で、福岡県内の事務所・事業所・学校等に通勤・通学している方は、事務所等の所在地を記載</p>
	<p><b>【必須項目】</b> ③電話番号</p>
	<p><b>【必須項目】</b> ④メールアドレス</p>
	<p><b>【必須項目】</b> 在住・在学等の区分 ※右記の中から該当するものすべてを選んでください。</p>
<p>(ご意見等記入欄) ※○ページ○行目等ご意見箇所が分かるよう記載願います。</p>	