**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**

|  |  |
| --- | --- |
| 【必須項目】①氏名（法人等の場合は名称及び代表者の氏名） |  |
| 連絡先 | 【必須項目】②住所（所在地） | 〒※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 |
| 【必須項目】③電話番号 |  |
| ④メールアドレス |  |
| 【必須項目】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。 | □ 県内に住所を有する方□ 県内に事務所または事業所を有する個人及び法人その他の団体□ 県内の事務所または事業所に勤務する方□ 県内の学校等に在学している方 |
| （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。 |