

**福岡県後期高齢者医療広域連合第4次広域計画(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。	<input type="checkbox"/> 県内に住所を有する方 <input type="checkbox"/> 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 <input type="checkbox"/> 県内の事務所または事業所に勤務する方 <input type="checkbox"/> 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。		