**静岡県後期高齢者医療広域連合**

**第３期保健事業実施計画（第３期データヘルス計画）の見直しについての御意見**

|  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- |
| 住所又は所在地 | | |  | |
| 氏　　　　　　　　名  （団体、企業等の方はその名称及び担当者名） | | |  | |
|  | |
| 連　　絡　　先  （いずれか一つで結構です。） | 電　話　番　号 | |  | |
| F　A　X | |  | |
| 電子メールアドレス | |  | |
| 区　分  （該当するものを選択してください） | □県内に住所を有する方 | □県内に事務所又は事業所を有する個人及び法人その他の団体の方 | | |
| □県内に存する事務所又は事業所に勤務する方 | | | □県内に存する学校等に在学する方 |
| □県外に住所を有する広域連合の被保険者の方 | | | □その他（　　　　　　　　　　　　　） |

* 住所、氏名、電話番号等は、御意見に対して的確に広域連合の考え方を整理するため、御意見の趣旨を確認する場合に必要なものであり、その他の目的に使用することはありません。

|  |  |  |
| --- | --- | --- |
| 御　　　意　　　見 | | |
| ※該当箇所(項目名・資料番号等)を明記した上で御意見ください。 | | |
| 該当箇所： | | |
|  | | |
| 御意見： | | |
|  | | |
| 【提出先】（１） | 郵送又は  持参 | 〒420-0851  静岡県静岡市葵区黒金町59番地の７ニッセイ静岡駅前ビル３階  静岡県後期高齢者医療広域連合　事業企画室 |
| （２） | Ｆ Ａ Ｘ | 054-272-3312 |
| （３） | 電子メール | [jigyoukikaku@shizuoka-ki.jp](mailto:jigyoukikaku@shizuoka-ki.jp) |

【提出締切】　令和６年３月18日（月）※必着