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

【提出締切】　令和６年３月 18 日（月）※必着