

〔ご意見提出用紙〕

長崎県国保・健康増進課(医療保険班)あて

【送付枚数 枚】

(FAX:095-895-2575)

ご意見の内容を確認させていただくことがありますので、以下の連絡先をご記入ください。なお、個人情報保護については、厳正に取り扱います。

ご 連 絡 先	件名	「第3期長崎県国民健康保険運営方針(素案)」に対するご意見
	氏名	
	住所	〒
	電話番号	
ご 意 見 内 容	【該当ページ・行数等】	
	【意見内容】	