

香川県後期高齢者医療広域連合第2期保健事業実施計画（案）に
対する意見等

※氏名（法人等の場合は 名称及び代表者の氏名）		
連絡 先	※住所（所在地）	〒 ※香川県外在住の方で、香川県内の事務所・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
	※電話番号	
	メールアドレス	
※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"/> 被保険者の資格を有する方 <input type="checkbox"/> 県内に住所を有する方 <input type="checkbox"/> 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 <input type="checkbox"/> 県内の事務所又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。		

※ 必ずご記入ください。