

香川県後期高齢者医療広域連合個人情報保護に関する法律施行条例等に対する意見等

※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"/> 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) ※該当の箇所が分かるよう記載願います。		

※ 必ず御記入ください。