

令和 年 月 日

新潟県後期高齢者医療広域連合事務局 あて

意見書

住所 _____

氏名 _____

電話番号 _____

(該当する計画に✓をつけてください)

第4次広域計画案

第3期保健事業実施計画(データヘルス計画)案

該当ページ	該当箇所	意見
【例】 3	〇〇について	

* 任意の様式を使用する場合は、題名を「〇〇計画案への意見」とし、お名前、ご住所及び電話番号を記入してください。

◆**提出方法** 次のいずれかの方法で新潟県後期高齢者医療広域連合へ提出してください。

①郵送 ②ファクシミリ ③電子メール ④ 広域連合事務局への持参

◆**募集期間**

令和5年12月19日(火)から令和6年1月12日(金)まで

※郵送の場合は、1月12日必着とします。

◆**提出先**

新潟県後期高齢者医療広域連合 総務課企画係

〒950-0965 新潟市中央区新光町4-1 新潟県自治会館本館内

FAX : 025-285-3315

Eメール : jim01@niigata-kouiki.jp