

〔ご意見提出用紙〕

長崎県国保・健康増進課（医療保険班）あて
（FAX：095 - 895 - 2575）

【送付枚数 枚】

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、個人情報の保護については、厳正に取り扱います。

ご 連 絡 先	件 名	「第2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】	