

【意見提出用紙】

「第四期沖縄県医療費適正化計画の一部改定案」に対するご意見

氏名又は団体名 (必須)	団体の場合：担当者名 ()
住所又は所在地 (必須)	〒 —
連絡先 (必須) ※どちらか一方でも可	電話番号： ()
	メールアドレス：

※ 提出いただいたご意見の内容について、確認の連絡をさせていただく場合がありますので、氏名、住所、電話番号等は必ず記入して下さい。（記入いただいた個人情報は公表いたしません）

ご意見の内容
該当箇所： ※本文の中で、ご意見のあるページ、箇所の文言を記入してください。 【記入例】案〇〇ページ・〇〇行目
ご意見： ※該当箇所が複数ある場合は、ご意見の最初に該当箇所を記入してください。

[提出期限] 令和7年3月3日(月)17時必着
[提出先] 〒900-8570 沖縄県那覇市泉崎1丁目2-2
沖縄県保健医療介護部 国民健康保険課 高齢者医療班
TEL：098-866-2304
FAX：098-866-2326
E-mail：aa030340@pref.okinawa.lg.jp