

後期高齢者医療制度関係事務に係る特定個人情報保護評価書(案)  
パブリックコメント意見提出用紙

【必須】氏名(法人等の場合は名称及び代表者の氏名)	電話番号 (       ) —
【必須】住所(県外の方は、勤務・通学先等の所在地)	
意見提出者の要件区分 (該当するものすべてを選択してください。)	<input type="checkbox"/> 県内に住所を有する者 <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者 <input type="checkbox"/> 県内の学校等に在学する者

【必須】  
意見・提言の内容(「〇ページ〇行目」等、どの項目か特定できるようにご記入ください)

- ※ 必須項目が未記入の場合は、受付できないことがあります。
- ※ 意見募集結果公表の際には、意見以外の内容(住所・氏名等)は公表しません。

提出先及び問合せ先

〒840-0201

佐賀市大和町大字尼寺1870番地 佐賀市大和支所3階

佐賀県後期高齢者医療広域連合 総務課 総務係 宛て

電話番号 : (0952) - 64 - 8476

ファックス番号 : (0952) - 62 - 0150

電子メール : info@saga-kouiki.jp