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。） | □　県内に住所を有する者  □　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  □　県内の事務所又は事業所に勤務する者  □　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