

愛媛県後期高齢者医療広域連合  
第2期保健事業実施計画（案）に対する意見等記入用紙

お名前： \_\_\_\_\_ 性別： 男 \_\_\_\_\_ 女 \_\_\_\_\_

ご住所： \_\_\_\_\_

ご連絡先： \_\_\_\_\_（自宅・携帯・勤務先）

年齢： \_\_\_\_\_ 歳代 \_\_\_\_\_ ご職業： \_\_\_\_\_

1. 第2期保健事業実施計画（案）に関すること

ページ	該当箇所	修正意見等の内容	修正意見等の理由

2. その他広域連合に対するご意見・ご要望など