令和　　年　　月　　日

大阪府介護保険審査会事務局担当者　様

　　　　　　　　　　　　　審査請求代理人

審査請求書類の送付先について

審査請求人　　　　　　　　　　　　　様の審査請求に係る連絡及び書類の送付先については、下記の勤務先あてにお願いします。

記

【連絡先・送付先】

|  |  |
| --- | --- |
| 勤務先住所 | 〒　　　　－ |
| 勤務先名称  （所属） |  |
| 電話番号 | （　　　　　　　） |