

「第4期大阪府医療費適正化計画（案）」に対するご意見・ご提言

連絡先	氏名又は団体名	フリガナ
	住所又は所在地	〒 ー
	電話番号 (団体の場合ご担当者名)	() ー (ご担当者:)
	電子メールアドレス (お持ちの方のみ)	

※上記【連絡先】欄内に記入していただいた事項については公表しません。

※該当する項目の口を黒く塗りつぶしてください。(口印から■印に変更してください)	
該当項目	該当ページ (中央下部記載のページ数)
<input type="checkbox"/> 第1章 計画の背景、概要	
<input type="checkbox"/> 第2章 第3期計画の進捗状況	
<input type="checkbox"/> 第3章 大阪府の医療費や受療行動における現状と課題	
<input type="checkbox"/> 第4章 目標と施策	
<input type="checkbox"/> 第5章 計画期間における医療費の見込み	
<input type="checkbox"/> 第6章 計画の推進及び評価	
ご意見の内容	<p>ご意見・ご提言内容の公表について ※いただいたご意見は原則公表します。 公表を希望しない場合は右の口を黒く塗りつぶしてください。</p> <p><input type="checkbox"/> 公表不可</p>

【締切】令和6年2月15日(木曜日) (※郵送の場合は消印有効)

【送付先】大阪府 健康医療部 健康推進室 国民健康保険課 事業推進グループあて

○郵送の場合

〒540-8570 大阪府大阪府中央区大手前2丁目

大阪府 健康医療部 健康推進室 国民健康保険課 事業推進グループあて

○FAXの場合

FAX番号 06-6944-6684

【個人情報の取扱いについて】

提出された意見の内容を確認させていただく場合があることから、氏名・住所・電話番号等の連絡先の記載をお願いしています。

これらの個人情報については公表せず、他の目的に利用・提供しないととも適正に管理します。