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　　　　関西　花子

審査請求書類の送付先について

審査請求人　　　　大阪　太郎　　　　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 | 〒○○○－□□□□□□□市○○○７丁目５番１１号－２０１ |
| 勤務先名称（所属） | ケアプランセンター○○○○ |
| 電話番号 | 　　　　△△△　（　△△△　）　△△△△　　 |