

意見提出用紙

「難病の患者に対する医療等に関する法律による特定医療費の支給等に関する事務
重点項目評価書案」に対する府民意見等の募集について

連 絡 先	氏名又は団体名	フリガナ
	住所又は所在地	〒
	電話番号 (団体の場合ご担当者名)	() (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。

ご 意 見 の 内 容	<p>ご意見・ご提言内容の公表について</p> <p>※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□を黒く塗りつぶしてください。</p>	<p><input type="checkbox"/> 公表不可</p>
	<p>【該当項目】ご意見・ご提言は1回につき1項目でお願いいたします。</p> <p> <input type="checkbox"/> 1 基本情報 <input type="checkbox"/> 2 特定個人情報ファイルの概要（別添1を含む） <input type="checkbox"/> 3 リスク対策 <input type="checkbox"/> 4 開示請求・問合せ <input type="checkbox"/> 5 評価実施手続 <input type="checkbox"/> 6 その他 </p>	

【締 切】令和8年1月23日（金曜日）（※郵送の場合は消印有効）

【送付先】大阪府 健康医療部 保健医療室 地域保健課 難病認定グループ あて

○郵送の場合 〒540-8570 大阪市中央区大手前2丁目1-22

○FAXの場合 FAX番号 06-6941-6606

【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・提供しないと適正に管理します。