

第3期有田市国民健康保険データヘルス計画・第4期有田市特定健康診査実施計画（案）
に対する意見書様式

| | |
|--------|---|
| 意見書の提出 | 有田市役所保険年金課 宛 ・ 〒649-0392 有田市箕島 50 番地 ・ FAX : 0737-83-6205 ・ 電子メール : hokennenkin@city.arida.lg.jp |
| 意見の提出者 | 【氏名】（企業・団体の場合は、その名称および代表者名・担当者） |
| | 【住所】 〒 — |
| | 【電話番号】 — — |
| 意見 | ページ番号や項目名などを記載するなど、どの部分についてのご意見か、該当箇所がわかるように明記してください。 |

※氏名、住所の記載をお願いします。記載がない場合は受付できません。

※提出された書面の返却はできませんので、ご了承ください。

※いただいたご意見に対する個別の回答はいたしませんので、ご了承ください。