（記入様式）

第２期岩手県国民健康保険運営方針（素案）についての意見書

|  |  |
| --- | --- |
| 住　所 |  |
| 名　前 |  |

※　住所、名前は、御意見に対して県の考え方を的確に整理するための参考として記入をお願いするものですが、このうち、住所の市町村名に関しては、地域毎のニーズ等の把握のために計数整理の上、協議会の審議等に利用し、公表する場合がありますので御了承ください。

|  |  |
| --- | --- |
| ページ | 御意見 |
|  |  |

【御意見の提出先】

　・郵送の場合　　〒020－8570　岩手県保健福祉部健康国保課

　　　　　　　　（郵便番号のみで届きますので、県庁の住所の記載は不要です）

　・ＦＡＸの場合　０１９－６２９－５４７４

　・メールの場合　ｅ－ｍａｉｌアドレス：AD0003@pref.iwate.jp

　　　　　　 （件名に、御意見をいただく事業名を明記してください。）

　　　　　　　　※電話による御意見の受付は対応しかねますので、御了承願います。

【御意見の募集期間】

　　令和２年10月２日(金)　～　令和２年11月２日(月)　＜必着＞