岐阜県後期高齢者医療広域連合が行う後期高齢者医療制度関係事務に対する特定個人情報保護評価書（全項目評価書）（案）についてのご意見

住　所　又　は　所　在　地		〒
氏　　名 （団体、企業等の方はその名称及び担当者名）		
連　絡　先 （※いずれか一つで結構です）	電　話　番　号	
	F　　A　　X	
	電子メールアドレス	
区分 （該当する所を選択してください）	□ 県内に住所を有する方　□ 県内に事務所又は事業所を有する個人及び法人その他の団体 □ 県内に存する事務所又は事業所に勤務する方　□ 県内に存する学校等に在学する方 □ 県外に住所を有する広域連合の被保険者の方	

※　住所、氏名、電話番号等は、ご意見に対して的確に広域連合の考え方を整理するため、ご意見の趣旨を確認する場合に必要なものであり、その他の目的に使用することはありません。

ご　　意　　見
※該当箇所（条項等）を明記した上でご意見ください。 該当箇所： ご 意 見：

【提出先】(1)郵送　〒501-6111　岐阜県岐阜市柳津町宮東一丁目１番地
岐阜市柳津地域事務所内　岐阜県後期高齢者医療広域連合　総務課
(2)FAX：058-218-2275
(3)電子メール　≪送信先メールアドレス≫　iryou-kr@gkouiki.jp