**「豊中市国民健康保険第3期保健事業実施計画（データヘルス計画）及び第4期特定健康診査等実施計画」（(素案)への意見提出用紙**

別紙1

|  |  |
| --- | --- |
| ①名前又は名称 |  |
| ②連絡先（法人等の場合は担当者名も） | （住所又は所在地）〒　　－ |
|  | （電話番号） |
|  | （メールアドレス） |
| ③意見提出者範囲右記のいずれかに○をつけてください。 | ア 市の区域内に住所を有する者イ　市の区域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ウ　市の区域内に存する事務所又は事業所に勤務する者エ　市の区域内に存する学校に在学する者オ　市税の納税義務者カ　アからオに掲げるもののほか、意見公募手続に係る計画等に利害関係を有するもの |

　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　※記入欄が不足する場合は、この用紙をコピーしてお使いください。

|  |  |  |
| --- | --- | --- |
|  | **該当箇所** | **左の箇所に対する意見内容** |
| １ |  |  |
| ２ |  |  |
| ３ |  |  |