（意見提出様式）

　　　　　　長野県国民健康保険運営方針を策定するに当たってのご意見

|  |  |
| --- | --- |
| 【氏名・団体名】  【住所・所在地】  【連　 絡　 先】  ＜差し支えない範囲でご記入ください。ご記入いただいた個人情報については、他の目的には一切使用しません。＞ | |
| ご意見の内容 | 理由 |
|  |  |

※意見募集期間：平成29年9月29日（金）～10月22日（日）