

(意見提出様式)

長野県国民健康保険運営方針改定（案）へのご意見

【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。>

項目	ページ	ご意見の内容	理由

※意見募集期間：令和5年12月25日（月）から令和6年1月23日（火）まで