後期高齢者医療制度関係事務に関する「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、電話番号等の個人情報については、ご意見の内容を確信する場合に限り使用させていただきます。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 宛

(2)Ｆ　Ａ　Ｘ：058-218-2275

(3)電子メール：iryou-kr@gkouiki.jp