**琴平町国民健康保険　第3期 データヘルス計画　第4期 特定健康診査等実施**

**計画（素案）についての意見**

|  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- |
| 住所または所在地 |  | | |
| （フリガナ）  氏名または団体名 |  | | |
| (住所等が町外の場合)  勤務先または学校名 |  | (納税義務等のある場合)  琴平町との関係 |  |
| （住所、勤務先、通学先等が町外で、納税義務等もない場合）  本件との利害関係の内容 | |  |  |
| **意　　見　　記　　入　　欄**  **（ご意見とその理由などについてご記入ください。）** | | | |
|  | | | |
|  | | | |
|  | | | |
|  | | | |
|  | | | |
|  | | | |
|  | | | |
|  | | | |
|  | | | |
|  | | | |
|  | | | |
|  | | | |
|  | | | |
|  | | | |
|  | | | |

琴平町役場子ども・保健課　FAX　０８７７－７５－６７２４