（意見提出用紙）

**「北海道医療費適正化計画［第四期］（素案）」への意見**

|  |  |  |
| --- | --- | --- |
| ふりがな | |  |
| 氏　　名  （企業・団体名） | |  |
| 住　　所 | | 〒 |
| 連絡先  （どちらか記載願います） | | FAX番号：  E-mail ： |
| 職　　業 | | ※差し支えなければ記載願います。 |
| 年　　代  （該当する場合に○） | | 小学生 ・ 中学生 ・ 高校生 ・ 大学生等（29歳まで） |
|  | | | |
| ページ数・行数 | 意　　　見 | | |
|  |  | | |
| 【提出先・問い合わせ先】  北海道保健福祉部健康安全局国保医療課（保健事業推進係）  　住所：　〒060-8588　札幌市中央区北３条西６丁目  　電話：　０１１-２３１－４１１１　内線２５-８２１  　E-mail：hofuku.kokuhounei@pref.hokkaido.lg.jp | | | |

* 意見をお寄せいただくときは、この様式以外での提出でも構いませんが、氏名・住所等がわかるようにしてください。
* ご意見を提出された方の住所（市町村名のみ）、年代を公表することがありますが、その他の氏名、連絡先、職業については公表しません。
* 提出いただいた意見は、令和６年２月下旬を目途に、意見に対する北海道の考え方とともに「道民意見提出手続きの意見募集結果」として公表します（類似している意見を、集約した上で公表します）。