

佐倉市国民健康保険 第二期特定健康診査等実施計画（案）に対する意見

氏名又は法人・団体名	
住所又は所在地 (法人は、市内の事業所・ 事務所を記入)	
※市外在住のかたは、以下の欄もご記入ください。	
勤務先又は学校名	
勤務先又は学校の所在地 (地番省略可)	

- ※1 意見が長文にならないよう、なるべく簡潔に記入してください。
- ※2 提出された意見は、返却いたしません。また、著作権は佐倉市に帰属されます。
- ※3 提出は、下記までご持参いただくか、郵送、FAX、電子メールのいずれかの方法でお願いします。

(提出先・問い合わせ) 〒285-8501 千葉県佐倉市海隣寺町 97 番地

佐倉市役所 健康保険課 給付管理班

FAX 043-486-2507 電子メール kenkouhoken@city.sakura.lg.jp