

医療費適正化 意見用紙

ご氏名 _____

頁	項 目	第3期計画の実績評価・第4期計画の改定に関するご意見等

送付期限：11月1日（金）まで

送付先：富山県厚生企画課医療保険係 FAX076-444-4440