

## 第4期富山県医療費適正化計画（改定案）への意見

ふりがな	
氏名 (企業・団体名)	
住所	
連絡先	電話番号： FAX 番号： E-mail：
職業	※差し支えなければ記載願います。

※いただきましたご意見の内容について確認させていただく場合がありますので、ご記入をお願いします。

ページ数・行数	ご意見

※上記の項目が記載されているものであれば、この様式以外での提出でも構いません。

【募集期間】令和7年1月24日（金）～令和7年2月14日（金）（消印有効）

【提出先】〒930-8501(住所記載不要)

富山県厚生部厚生企画課医療保険係 あて

FAX：076-444-4440