マイナンバー制度に係る特定個人情報保護評価書（案）についてのご意見

　お名前

　ご住所

　■募集期間　平成２８年１２月５日(月)～平成２９年１月１３日(金)

　■提出方法

・郵　　　送：〒６00-８４１1　京都市下京区烏丸通四条下る水銀屋町６２０

COCON烏丸５階

　　　　　　　　　京都府後期高齢者医療広域連合　事務局

　　　　　　　　　平成２９年１月１３日(金)消印有効

　　・Ｆ　Ａ　Ｘ：０７５－３４４－１２５１

　　・電子メール：info@kouiki-kyoto.jp

　　・持　　　参：京都府後期高齢者医療広域連合

　　　　　　　　　平日の午前８時３０分から午後５時１５分までの間にご持参ください。

(土曜日、日曜日、年末年始（12/29～1/3）、祝日は除きます)

　■区分

　　[ ] 京都府後期高齢者医療被保険者

　　[ ] 京都府在住

|  |
| --- |
| ご意見をご記入ください |
| 　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　 |