

令和 年 月 日

大阪府介護保険審査会事務局担当者 様

審査請求代理人 _____

審査請求書類の送付先について

審査請求人 _____ 様の審査請求に係る連絡及び書類の送付先については、下記の勤務先あてにお願いします。

記

【連絡先・送付先】

勤務先住所	〒 _____
勤務先名称 (所属)	
電話番号	(_____)