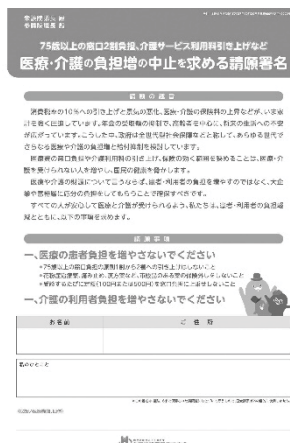


追加注文用・FAX用紙

署名やリーフ等について、さらに普及にご協力いただける場合は
以下に必要数をご記入の上、協会までご返送ください。

	タイトル	数量
	リーフ「勇者イツでもんと行く！ どうなる？どうする？これからの医療・介護」（A5版・8頁）	部
	署名「みんなでストップ！患者負担増」（A4版）1名单記	部
	署名「みんなでストップ！患者負担増」（A4版）5名連記	部
	署名ハガキ入り・ポケットティッシュ（1箱 250個入り）	箱
	知ってトクするパンフ改訂版（A5版・28頁）	部

（リーフレットは100部まで無料でお送りさせていただきます）



会員氏名

医療機関名

住 所 〒

（ご担当者様名）

様

電話番号

返送先：東京保険医協会 FAX 03-5339-3449

お問い合わせは、事務局まで（TEL 03-5339-3601）