

様式 1 (会員→所属郡市区等医師会)

医師会 御中

受診時定額負担に反対する署名運動
署名数報告用紙

医療機関名

会 員 名

平成 23 年 1 1 月 日現在

署名数

注) 平成 23 年 1 1 月 24 日 (木) 迄に所属の郡市区等医師会
に報告をお願いいたします。

日 本 医 師 会