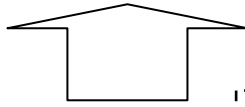


患者と柔整師の会 宛



FAX番号： 03-5371-2061

第4回保険者会議

() 御出席

() 御欠席

※いずれかに○をご記入下さい

御欠席でもご意見のある方は、下にお書きください

Large empty space for writing comments, enclosed in a large right-facing curly bracket.

平成 22 年 月 日

保険者名

御住所

御名前

ご連絡先 T E L

※ご多忙中誠に恐縮でございますが11月17日(水)までに本紙にてご回答下さい。