

これ以上の患者負担増には反対です。

受診時定額負担に反対する署名運動にご協力ください。

受診の都度、患者さんに新たな負担を求める受診時定額負担に反対します。

平成23年10月11日

国民医療推進協議会

衆議院議長 殿

参議院議長 殿

	氏名	住所
1		
2		
3		
4		
5		
6		
7		
8		
9		
10		

署名用紙にご記入いただいた個人情報は、本署名運動に係る業務以外には使用いたしません。