

# クイズチラシ注文書

※費用は送料含め無料です。  
ご注文数を○で囲んでください。多数ご入り用の場合はご相談ください。

注文日 2020年 月 日

## ①-1 クイズチラシ「クイズで考える私たちの医療」

50枚     100枚     200枚

## ①-2 クイズ応募箱（返信用封筒付）    希望する



☞ 患者さんは切手を貼らずに応募できます。  
応募箱が集まったら協会にお送りください。  
応募はがきが50枚程度、まとめて送れます。

会 員 名  
医療機関名  
住 所  
電 話 番 号

〒330-0074 さいたま市浦和区北浦和4-2-2アンリツビル5F TEL048-824-7130  
埼玉県保険医協会    F A X 048-824-7547

