

## 質問用紙

今次改定等に係るご質問につきましては、本質問用紙にご記入のうえ、群馬県保険医協会事務局までメールまたはFAXにてご送付ください。

なお、質問内容によっては、ご回答までにお時間を頂戴する場合がございます。あらかじめご了承ください。

群馬県保険医協会 FAX 027-220-1126  
E-mail: [kyoukai-4970@gunma-hoken-i.com](mailto:kyoukai-4970@gunma-hoken-i.com)

質問者の種別にをつけてください。( 医師 / 歯科医師 / 医療事務 / その他 )

質問者氏名

---

医療機関名

---

電話番号

FAX 番号

---

### ■質問内容

改定テキストの該当ページをご記入してください。

( <input type="checkbox"/> 医科 / <input type="checkbox"/> 歯科)	テキスト	ページ
--	------	-----

※どちらかにをつけてください

↓以下に質問内容をご記入してください。

---