

資料6 (協)新潟保険接骨師会あて 新潟県通知

「先の不可」を「可」に改める旨の通知

(宛 先) 山田 良作 様

送信枚数1枚(連絡票を除く)

(発信者) 新潟県福祉保健部保険課

(氏 名) _____

(連絡先) 電 話 _____

FAX _____

連絡事項

先程電話で連絡しましたが、厚生省から入りましたFAXの写を送りますので今後は、この取扱いで行なっていただくようお願いいたします。