

## 署名の際の注意

- 署名は全国民を対象としています。
- 氏名・住所をボールペン等でご記入下さい。(鉛筆は不可、印は不要)
- 代筆の場合もサイン及び印は不要です。
- 名字・住所が同じ場合でも略式で記入しないで下さい。(「ㇿ」又は「同」は不可)

## 送付先

必ず原本を下記へ送付してください。(コピー及びFAXは不可)

〒134-0092

東京都江戸川区一之江町 2998-1 トップフォームズ江戸川センター  
希望するすべての子どもに予防接種を！キャンペーン係宛

医師会員の方は原本を所属郡市区医師会「署名活動係」宛に送付して下さい。

## 送付期限

平成22年11月8日(月) 必着

医師会員の方は、郡市区医師会で取りまとめますので、  
平成22年10月22日(金) (所属郡市区医師会宛) お願いいたします。

**送付費用** 誠に恐れ入りますが、ご負担をお願い致します。

## 問い合わせ先

「希望するすべての子どもに予防接種を！キャンペーン係」宛  
03-6253-6799 にお問い合わせ致します。