

[署名用紙]

【件名】 患者様がホメオパシーを受ける権利の保障を求める請願について

【趣旨】 日本に於いて患者様が、経験を積んだ医師、歯科医師、獣医師の監督指導の下、ホメオパシーを受ける権利が保障されることをお願いいたします。

	ご住所	お名前
1		印
2		印
3		印
4		印
5		印
6		印
7		印
8		印
9		印
10		印

(住所は都道府県よりご記入下さい。同じ住所の方も、「〃」「同上」ではなく、省略せずにご記入をお願いいたします。自筆の記名に押印の必要はありません。自筆以外の記名には本人の押印をお願い致します)。