

Centers for Medicare & Medicaid Services
c/o Survey Processing
[INSERT VENDOR ADDRESS]



2026 년 2 월 25 일

LNAME FNAME 님께

이것은 메디케어 의약품 보험과 관련한 경험을 묻는 중요한 설문조사에 참여해주시길 부탁드립니다. 귀하께서는 **며칠 후 설문조사 참여 초대장을 받으실 것입니다.**

설문조사를 완료하여 귀하의 의견을 알려주시기 바랍니다. 귀하의 답변으로 메디케어 서비스를 개선하고 메디케어를 이용하는 다른 사람들이 의약품 보험을 선택하는 것을 도울 수 있습니다.

웹 브라우저에 이 주소를 입력하면 **지금 온라인으로 설문조사를 작성하실 수도 있습니다.**

[WEB SURVEY URL]

입력해야 하는 설문조사 코드는 다음과 같습니다: **«PIN»**

[OPTIONAL: 또는 휴대폰 카메라로 QR 코드를 스캔하십시오: [QR code]]

도움을 주셔서 감사드립니다. 본 설문조사에 대한 질문이 있으시면 Medicare와 협력하는 설문조사 기관에 [VENDOR EMAIL](으)로 이메일을 보내거나, 월~금요일 오전 XX 시~오후 XX 시[ET/CT/PT] 사이에 1-XXX-XXX-XXXX(수신자 부담)(으)로 전화해 주십시오.

감사합니다

Center for Medicare

설문조사 한국어 버전을 받으려면 월~금요일 오전 XX 시~오후 XX 시[ET/CT/PT] 사이에 1-XXX-XXX-XXXX(수신자 부담)(으)로 전화해 주십시오.