

2017年度J.M.Sプログラム(10月15日実施)参加申込用紙

1.または2.を○で囲んで下さい

2017年度J.M.Sプログラムに 1. 参加します 2. 参加しません

参加されない医療機関様は、今回参加されない主な理由等、ご意見をお書きください。

●ご回答頂く全ての医療機関様にご記入をお願いします

法人名	医療機関名		
ご担当部署	ご担当者名		
ご住所(〒 -)	TEL	()	
	FAX	()	

●参加医療機関様は、下記をご記入ください(JMSのホームページにて公表させていただきます)

2017年度J.M.Sプログラム(10月15日)当日に関して			
実施時間(: ~ :)	事前予約	要	否
J.M.Sプログラムに関する問い合わせ電話番号 ()			
公表特記事項(検査内容、検査費用、受診人数、女性技師対応の可否など)			

◎J.M.S2017特設ウェブサイトの協賛を募っております(協賛金10万円)。協賛をご希望される場合はご連絡先をご記入ください。
【※協賛はJ.M.Sプログラムへのご参加とは関係ございません。】

ご担当部署	ご担当者名	TEL	
		Eメール	

※この申込用紙に必要な事項をご記入のうえ、認定NPO法人J.POSH事務局まで郵送またはFAX・Eメールをお願いします

送付先 〒538-0043 大阪市鶴見区今津南2-6-3 J.POSH事務局内「J.M.Sプログラム2017係」宛

FAX.06-6962-0065 Eメール info@j-posh.com TEL.06-6962-5071