

J.POSH BCS (Breast Cancer Specialist) 申し込みフォーム

年 月 日現在

ふりがな					写 真 パスポートサイズ (横35mm×縦45mm)	
氏 名						
生年月日	昭和・平成	年	月	日生		年齢
ふりがな					Tel	
住 所					Fax	
家族構成						

学歴および職歴(高校以降)						
申請理由または動機						
資格(いずれかに○)						
日本乳癌学会	/	認定医・専門医				

貼付書類等 ①認定医または専門医認定証のコピー
②本人宛の返信用封筒(切手貼付あり)

(注:資料の返還は致しませんので、予めご了承ください。)
返信用封筒は、合否通知用のものです。

送付先

NPO法人J.POSH 事務局 BCN係宛 〒538-0043 大阪市鶴見区今津南2丁目6番3

Tel: 06-6962-5071 Fax: 06-6962-0065 E-mail: info@j-posh.com URL: http://www.j-posh.com