

2023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 2の場合、よろしければ理由をお書きください

2023年度J.M.Sプログラムに 1. 参加します 2. 参加しません
理由()

●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(J.M.Sのホームページにて公表させていただきます)

2023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)

★「協賛サポーター」バナー掲載のお願い★

J.M.S特設サイトを7月に開設するにあたり、協賛サポーター(協賛金10万円、特設サイトにバナー掲載)としてご協力頂ける医療機関様は下欄にご記入をお願い致します。

※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
		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プログラム係」宛

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