

自己検診啓発ティッシュ応募用紙

各項目をご記入のうえFAXまたはEメール(PDF)で送信願います

貴団体名 個人参加名		部署		フリガナ ご担当者	
ご住所	〒 -				
電話	-	-	FAX	-	-
Eメール					

▼ 上記以外の発送先を希望する場合は、下記へ宛先をご記入ください ▼

発送先 ご住所	〒 -	
受取人	電話	

ご希望 数量	<input type="checkbox"/> チェックまたは ○でお囲みください	<input type="checkbox"/> 500 個	<input type="checkbox"/> 1,000 個	※今年最大1,000個です
	※乳がん検査ができるJMS参加医療機関及び、J.POSH個人サポーターの方は最大500個になります			

貴団体のティッシュ配りのご企画について具体的な内容をご記入下さい ※ 複数日にわたる場合は別紙(形式自由)にご記入下さい		(実施例) 実施日: 10月第1日曜日 内 容: 大阪駅周辺5ヶ所に分かれ 合計25名で2千個を配布(約1時間)
配布予定日	配布場所・イベント名	参加人数
※発送は9/1より順次です		
配布方法等		

▼ 応募用紙送付先 ▼

募集締切日 2020年8月17日(月)必着

認定NPO法人 J.POSH 事務局
〒538-0043 大阪市鶴見区今津南2-6-3 ☎06-6962-5071

FAX 06-6962-0065

Eメール info@j-posh.com