## 2024年度J.M.Sプログラム(10月20日実施)参加申込用紙

2. 参加しません

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

2024年度J.M.Sプログラムに 1. 参加します

担当部署		療機関様にご記入る							
住所(〒 - )  TEL  ( )  FAX  ( )  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頂きます)  24年度J.M.Sプログラム(10月20日)当日に関して 実施時間( : ~ : ) 事前予約 要 ・ 可M.Sプログラムに関する問い合せ電話番号 ( )  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 ★	法人名		医療機	関名					
住所(〒 - )  TEL  ( )  FAX  ( )  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頂きます)  24年度J.M.Sプログラム(10月20日)当日に関して 実施時間( : ~ : ) 事前予約 要 ・ 可M.Sプログラムに関する問い合せ電話番号 ( )  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 ★				I					
( ) FAX ( ) MIS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頂きます) 24年度J.M.Sプログラム(10月20日)当日に関して 実施時間( : ~ : ) 事前予約 要 ・ が M.Sプログラムに関する問い合せ電話番号 ( ) ) 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 ★	ご担当部署			ご担当者名					
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J頂きます) 24年度J.M.Sプログラム(10月20日)当日に関して 実施時間( : ~ : ) 事前予約 要 ・ i M.Sプログラムに関する問い合せ電話番号 ( ) 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 ★	ご住所(〒 -	. )			TEL				
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J頂きます) 24年度J.M.Sプログラム(10月20日)当日に関して 実施時間( : ~ : ) 事前予約 要 ・ i M.Sプログラムに関する問い合せ電話番号 ( ) 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 ★							(	)	
24年度J.M.Sプログラム(10月20日)当日に関して 実施時間( : ~ : ) 事前予約 要 ・ 例 M.Sプログラムに関する問い合せ電話番号 ( ) 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 ★					FAX				
24年度J.M.Sプログラム(10月20日)当日に関して 実施時間( : ~ : ) 事前予約 要 ・ 例 M.Sプログラムに関する問い合せ電話番号 ( ) 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 ★							(	)	
実施時間( : ~ : ) 事前予約 要 M.Sプログラムに関する問い合せ電話番号 ( ) 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 ★	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	ジにて名	表	せて頂きまで	す)	
M.Sプログラムに関する問い合せ電話番号	2024年度J.M.Sプログラム	ム(10月20日) 当日に関して							
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 ★	実施時間(	: ~	:			)	事前予約	要	-
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★	.M.Sプログラムに関する	る問い合せ電話番号							
				(			)		
	表特記事項(検査内容	F、検査費用、受診人数、女	性技師対応の	可否など)					
				,					
S特設サイトを7月に開設するにあたり、協替サポーター(協替金10万円、特設サイ		·		 »: 10	 +b o l				_
	. – – – –	 ★「協賛サポ-	- <b></b> - ター ] /	 、ナー掲	 載のお	 i願	· · ★		_
	.S特設サイトを	7月に開設するに	あたり、協	<b>â</b> 賛サポー	-ター(†	劦賛	金10万円		_ · ナイI
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。	I.S特設サイトを −ー掲載)として	7月に開設するに ご協力頂ける医療	- こあたり、協 療機関様	協賛サポー は下欄にる	-ター(† ご記入:	協賛 をお	金10万円 願い致しる		<u>-</u> ナイ

※この申込用紙に必要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

ご担当者名

ご担当部署

 $T\to L$ 

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