2024年度J.M.Sプログラム（10月20日実施）参加申込用紙

1.または2.を〇で囲んで下さい　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　　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頂きます）

2024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　・　否

J.M.Sプログラムに関する問い合せ電話番号

（　　）

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**