

2025年度JMSプログラム(10月19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

2025年度JMS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

[illegible]

●参加医療機関様は、下記をご記入ください（JMSのホームページにて公表させていただきます）

2025年度JMSプログラム(10月19日)当日に関して					
	実施時間(	:	～	:	) 事前予約 要 ・ 否
JMS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★

JMS特設サイトを6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JMS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事務局までメールまたはFAX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「JMSプログラム係」宛

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

申込書のWord版ができました。J.POSHまたはJMSサイトよりダウンロードできます