

# J.POSH BCS (Breast Cancer Specialist) 申し込みフォーム

年 月 日現在

ふりがな				写 真 パスポートサイズ (横35mm×縦45mm)
氏 名				
生年月日	昭和・平成	年	月 日 生 年令	
ふりがな			Tel	
住 所	〒 -		Fax	

学歴および職歴(高校以降)
申請理由または動機
資格(いずれかに○)
日本乳癌学会 / 認定医・専門医

貼付書類等 ①認定医または専門医認定証のコピー (注:資料の返還は致しませんので、予めご了承ください。)  
②本人宛の返信用封筒(切手貼付あり) 返信用封筒は、合否通知用のものです。  
③研修先または留学先からの受け入れ (acceptation) を記載した書類のコピー

送付先 認定NPO法人J.POSH 事務局 BCS係宛 〒538-0043 大阪市鶴見区今津南2丁目6番3  
Tel: 06-6962-5071 Fax: 06-6962-0065 E-mail: info@j-posh.com URL: http://www.j-posh.com