|  |  |
| --- | --- |
| **2025度JMSﾌﾟﾛｸﾞﾗﾑ参加申込書　※10/19（日）実施** | |
| 法人名 |  |
| 医療機関名 |  |
| ご担当部署 |  |
| ご担当者 |  |
| ご住所 | 〒 |
| TEL |  |
| FAX |  |
| E-MAIL |  |
| ↓　↓　　下記以降はJMSサイトで公表いたします　↓　↓ | |
| 当日（10/19）に関して  実施時間 | ：　　～　　　： |
| 事前予約（要・否） |  |
| JMSに関する問合せ電話番号 |  |
| 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）  ※黒字表記のみとなります |  |
| **認定NPO法人J.POSH　　E-MAIL：**[**jposh@j-posh.com**](mailto:jposh@j-posh.com) | |
| **申込締切日：9/19（金）** | |