

# 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

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(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](mailto: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