

ピンクリボンアドバイザー【初級】更新申請書

申請期間：2020年9月1日(火)～12月15日(火)

フリガナ お名前	認定番号	現在の認定級 初級 中級
-------------	------	---------------------------------------

住所（ご案内等の送り先）※マンション名、会社・部署名までご記入ください

電話番号 ※なるべく携帯番号をお願いします

〒 -

TEL ()

① ご職業をお教えてください

1. 会社員・役員 2. 自営業 3. 専門職（医療職を除く） 4. 公務員 5. 学生 6. 主婦専業 7. パート・アルバイト
8. 医師 9. 看護師 10. 助産師 11. 保健師 12. 薬剤師 13. 診療放射線技師 14. 臨床検査技師
15. 医療事務 16. 無職 17. その他

② 今後（～2024年末まで）乳房健康研究会のイベント等のご案内をお送りしてもよろしいですか

はい

いいえ

認定NPO法人乳房健康研究会ホームページまたは「更新申請書」でお申し込みのうえ、【初級】更新料3,600円を申請期間内にお支払いください。お申し込みと更新料のお支払いをもって、申請が完了となります。

申請期間：2020年9月1日(火)～12月15日(火)

■「更新申請書」送付先：〒104-0045 東京都中央区築地 1-4-8 築地ホワイトビル 1002 認定NPO法人 乳房健康研究会
FAXの場合：03-3545-6545

※郵送する場合は、この申請書をコピーしてお使いください。

※申請期間外に届いた場合は受付不可となり、その旨ご連絡いたしませんのでご注意ください。

■お支払い方法：クレジットカード決済（当会ホームページからお申し込みの場合のみ）、または、ゆうちょ銀行へのお振込み

ゆうちょ銀行からのお振込みの場合

口座記号・番号：00140-4-55893

加入者名：特定非営利活動法人乳房健康研究会

※郵便局に備え付けの郵便振替用紙を使って振り込む場合は、お名前と認定番号を明記願います。

その他の金融機関からお振込みの場合

金融機関名：ゆうちょ銀行

支店名：〇一九店（ゼロイチキュウテン）

口座記号：当座 0055893

口座名：特定非営利活動法人乳房健康研究会

※振込手数料はご負担ください。

※申請者本人名義の口座ではなく、勤務先や家族名義の口座から振り込む場合は、口座名義、申請者のお名前、認定番号をメール（info@breastcare.jp）またはFAX（03-3545-6545）で乳房健康研究会事務局までご連絡ください。