

## ピンクリボン アドバイザー【上級】更新申請書

申請期間：2024年9月1日(日)～12月15日(日)〈結果通知は2025年1月末〉

後期：2025年2月1日(土)～3月31日(月)〈結果通知は2025年4月末〉

フリガナ お名前	認定番号
-------------	------

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 ※なるべく携帯番号でお願いします

〒 -

※上記の住所は、今回の封筒の宛名と同じですか 1. 同じ 2. 変更している TEL ( )

活動発表を行ったピンクリボンアドバイザーアニュアルミーティングについて記入してください。  
上級認定研修会を再受講あるいは運営サポートボランティア活動で代替申請する方は上級認定研修会の欄に記入してください。

## ピンクリボンアドバイザー アニュアルミーティングでの活動発表

発表年月日 年 月 日	発表科目（いずれかに○） IV ① ② ③ ④
テーマ	

## 上級認定研修会

参加年月日 年 月 日	参加内容（いずれかに○） 受講 ・ ボランティア
----------------	-----------------------------

## 当会ホームページに活動発表を寄稿

発表年月日 年 月 日	発表科目（いずれかに○） IV ① ② ③ ④
テーマ	

更新申請料：7,700円

FAX／郵送の送付先：〒104-0045 東京都中央区築地 1-4-8 築地ホワイトビル 1002

FAXの場合：03-3545-6545

## お支払い方法

クレジットカード（決済は当会ホームページからお申し込み）または、ゆうちょ銀行へのお振込

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。