

ピンクリボンアドバイザー【初級】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	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

メールアドレス

TEL () @

※ 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

更新申請料：3,600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
トクテイヒエイリカッドウホウジンニューボウケンコウケンキュウカイ
※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のお振込みの場合

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
トクテイヒエイリカッドウホウジンニューボウケンコウケンキュウカイ

※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。