

●お申込は下記に必要事項をご記入の上、ファックスまたはメール添付でお送りください。



FAX メール	<b>お申込先</b> <b>03-3545-6545</b> <b>event@breastcare.jp</b>
------------	--

## キヤノンメディカル工場見学&活動実践研修会 参加申込書

日程:2019年6月21日(金)~6月22日(土) 1泊2日

認定NO		認定級	級
氏名	ふりがな 様 (男・女)		
生年月日	(西暦) 年 月 日 (才)		
住所 (マンション、会社・ 部署名等 明記)	〒 都道府県		
職業			
携帯電話番号			
メールアドレス (必須)			
相部屋を希望する同伴者 (同伴者がいる場合のみ)	1室利用人数 希望	名 1室利用	



- お部屋は基本的に他のご参加者の方との相部屋となります(5名~7名1室)
- お部屋の空き状況によっては、右記代金追加のうえ、ご希望のお部屋割りにてご利用いただけます。上記の1室利用人数希望欄にご記入ください。  
ご利用いただけない場合のみ、受け付け後1週間以内にEメールでご連絡いたします。

4名1室利用	増額なし
3名1室利用	お一人様あたり 1,000円増
2名1室利用	お一人様あたり 2,700円増
1名1室利用	お一人様あたり 5,400円増

☆ご心配なことなどございましたらご記入ください。

--

※本研修会は所定の参加費30,000円(+ご希望により1室利用人数に応じた代金)のお支払いをもって、お申し込みが完了となります。

【振込先】 <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

<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(ゼロイチキユウ店)  
口座番号: 当座 0055893  
口座名 : 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。

- ※ 振込手数料はご負担ください。
- ※ 一度お振り込みをされた参加費は、変更・返金・次回への振り替えはできません。
- ※ 当会は個人情報保護を実施しております。ご記入いただいた個人情報は本研修会の目的以外には利用いたしません。
- ※ 本研修会中の映像・写真・制作物等のテレビ、新聞、雑誌、インターネット等への肖像権、掲載権は主催者に属します。
- ※ 詳しいご案内を、6月14日(金)までにEメールでお知らせいたします。  
携帯電話等で受信する方はPC(@breastcare.jp)からの添付ファイル付メールが受け取れるよう設定をお願いします。

本プログラムへの参加は、ピンクリボンアドバイザー【中級】更新/【上級】認定申請に必要な単位(Ⅱ類⑤)としてお使いいただけます。