**FAX :** **03-3845-6530**

申し込み日　　　　年　　月　　日

**カンボジア医療者育成支援（夢の架け橋プロジェクト）**

**申し込み用紙**

|  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- |
| 氏名 | | ふりがな | 生年月日 | 年　　　月　　　日 |
|  |
| 住所 | | 〒 | | |
| 電話番号 | |  | | |
| Email  アドレス | | ★連絡は基本E-mailで行いますので、メールアドレスをお持ちの方は  必ずご記入下さい。 | | |
| ご希望  の支援学生 | あてはまる項目に(✔)を入れてください。  　(　)看護学生　　　　(　)医学生 | | | |
| 支援金  支払方法 | あてはまる項目に(✔)を入れてください。  (　)毎月の口座振替　 (　)年一括の銀行振込み  ※クレジットカード決済はできませんのでご了承ください。 | | | |

・アンケートにご協力ください。

|  |  |
| --- | --- |
| どこでこの医療者育成支援事業を  お知りになりましたか？  あてはまるものに(✔)を入れてください。 | (　)講演会　(　)テレビ　(　)雑誌　(　)ホームページ  (　)ジャパンハート発行の発行物　(　)友人からの紹介  (　)その他（内容　　　　　　　　　　　　　　　　　　） |

＊申し込み用紙にご記入の上、ジャパンハート東京事務局まで郵送、ＦＡＸ(03-3845-6530)、

またはメール（shien@japanheart.org）でご送信ください。

個人情報は、「個人情報の保護に関する法律」をはじめとする個人情報の保護に関する法令、ガイドラインを遵守し、細心の注意を払って取り扱いを行います。