**カレンダー購入のご希望の方は、下記フォームに記入の上メールまたはFAXでお申し込みください。**

**医療者応援はがき募集プロジェクト担当 宛**

**E-mail : hagaki-1110@japan-who.or.jp　 FAX：06-6944-1136**

**＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿**

**(２０２５年版 カレンダー申込フォーム)**

**申込日：　　　　年　　　月　　　日（必ず記載下さい）**

※個人で申し込みされる場合、団体名は不要です。 団体の場合は、担当者のお名前をお願いいたします。

**貴団体名：**

**お名前　：**

**ご住所　：**

**お電話番号：**

**メールアドレス：**

**申込み部数：**

・小学生版　　　　　　　　　　　　（　　　　）部

・中学生版　　　　　　　　　　　　（　　　　）部

・小学生・中学生・特別支援学校生版（　　　　）部

各カレンダー 5部以上にてお申込みいただいた場合、法人様名やロゴなどを入れることも可能ですので

ご希望の場合は下記項目に チェック印 をご記入ください。

名前の入れ方など個別に対応させていただきますので、別途メールにてご連絡申し上げます。

**□ 名前をカレンダーに入れてください。**

お申込みいただいた方には、カレンダーとともに 郵便振替用紙をお送りさせていただきます。(銀行振り込みも可能です。)

請求書、領収証がご入用の場合は下記項目に チェック印 をご記入ください。ご記入がない場合、不要とさせていただきます。

**領 収 書　　（ □ 必 要　）　　/　　請 求 書　　（ □ 必 要　）**

**コメント（何かお伝えしたいことなどございましたらご記載ください）**

【お問い合わせ先】

〒540-0029 大阪市中央区本町橋2-8　大阪商工会議所ビル5F

(公社)日本WHO協会 医療者応援はがき募集プロジェクト2024 担当 宛

E-mail : hagaki-1110@japan-who.or.jp　 FAX：06-6944-1136