

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