

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

医療者応援はがきプロジェクト担当 宛

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

(2026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)

※ 個人でお申込みの場合は、団体名のご記入は不要です。

団体でお申込みの場合は、担当者名のご記入をお願いいたします。

貴団体名・部署名・役職名：

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 ・ 特 別 支 援 学 校 生 版 () 部
- ・小学生・中学生・特別支援学校生版 () 部

各カレンダーを5部以上お申込みの場合は、法人名やロゴ等を入れることも可能です。

ご希望の方は、下記項目にチェックをお願いいたします。

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

☐ 名入りを希望する (カレンダーに名前を印字)

お申込みいただいた方には、カレンダーとあわせて郵便振替用紙をお送りいたします。

(銀行振り込みもご利用いただけます。)

請求書や領収証がご入用の場合は、下記項目にチェックをお願いいたします。ご記入がない場合は、不要としてお手続きいたします。

・ 請 求 書 (☐ 必 要) / ・ 領 収 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 医療者応援はがきプロジェクト 2025 担当 宛

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