

# レッスンサポート申請書

必要事項をご記入いただき、メールまたは郵送でお送りください。1ヶ所（施設）につき1回の申請が必要です。

一般社団法人 乳がん予防医学推進協会  
〒231-0062 神奈川県横浜市中区桜木町1-101-1 クロスゲート7F  
TEL : 045-900-1296  
e-mail : brecon-ct@nyisk.jp

申請者名	
TEL・携帯 ※必須	
e-mailアドレス ※必須	

## レッスン実施場所

施設名称 ※自宅で実施の場合は自宅住所	
住所	〒
お問い合わせ先	

## レッスンについて

レッスン開始予定日	20	年	月	日
レッスン内容				

## 協会ホームページ掲載について

ホームページに掲載する項目について下記欄の「希望する」「希望しない」のどちらかに○をつけてください。

施設名称 ※自宅で実施の場合は自宅住所	希望する・希望しない	インストラクター名	希望する・希望しない
住所	希望する・希望しない	問い合わせ先（TEL・e-mail）	希望する・希望しない
施設までのアクセス	希望する・希望しない	■希望する方は最寄り駅等ご記入ください	
ホームページ、SNS等	希望する・希望しない	■希望する方はアドレス等ご記入ください	
施設またはインストラクターの写真 ※掲載を希望する場合は、写真をメールまたは郵送にてお送りください			希望する・希望しない
PR文（掲載する場合は100字以内でご記入ください）			

備考	実施場所の変更やレッスンを中止する場合速やかに協会までご連絡ください 退会や資格の未更新など認定資格を失効した場合は実施できません 手続き完了後、協会担当者よりe-mailにてご連絡いたします 申請後10日過ぎても連絡がない場合はお手数ですが 045-900-1296 までお電話ください
----	---

一般社団法人 乳がん予防医学推進協会 御中

私は上記事項に同意いたします。

20 年 月 日

署名 \_\_\_\_\_

## 【協会事務局記入欄】

受付日	担当	申請日	協会HP掲載日	手続き完了連絡日
/		/	/	/