

ヘルスケア開発市民サポーター 登録申請書

① 同意確認 … に を入れてください



チェック

私は、「ヘルスケア開発市民サポーター」制度 登録規約の内容に同意しました。
※神戸市内在住または在勤の方が対象です

② 登録 … もれのないように すべての項目にご記入ください

記入日	年	月	日
ふりがな			
氏名	氏	名	
性別	どちらかに○	<input type="checkbox"/> 男	・ <input type="checkbox"/> 女
生年月日	いずれかに○	<input type="checkbox"/> 西暦	年 月 日
		<input type="checkbox"/> 大正	<input type="checkbox"/> 昭和 <input type="checkbox"/> 平成
住所	郵便番号 <input type="text"/> - <input type="text"/>		
	※アパート・マンション名もご記入ください		
電話番号	<input type="checkbox"/> 自宅	-	-
	<input type="checkbox"/> 携帯	-	-
メールアドレス	@		

備考

③ 送付 … この用紙を メール・FAX・郵送のいずれかでお送りください

公益財団法人 神戸医療産業都市推進機構 クラスタ推進センター
ヘルスケアサービス開発支援事業 事務局
〒650-0047 神戸市中央区港島南町1丁目5番2号 神戸キメックセンタービル7F
■E-mail: healthcare@fbri.org ■FAX: 078-306-0752

お問い合わせ先 TEL: 078-306-0719 (平日8:45-17:30)

以下 事務所記入欄

ID番号

確認

受付