ヘルスケア市民サポーター 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、ヘルスケア市民サポーター 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○　男 ・ 女	
生年月日	いずれかに○　西暦 / 大正 昭和 平成　年　月　日	
住　所	郵便番号 □□□-□□□□ ※アパート・マンション名もご記入ください	
電話番号	自宅　-　-	
	携帯　-　-	
メールアドレス	@	

備考

③ 送付 … この用紙を郵送でお送りいただくか、右のQRコードまたは下記ホームページよりご登録ください

https://www.fbri-kobe.org/cluster/healthcare/supporter.html

公益財団法人　神戸医療産業都市推進機構　クラスター推進センター
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

お問い合わせ先　TEL：078-306-0719（平日9:00-17:00）

以下 事務所記入欄

ID番号　　確認　　受付