**申込書**

令和　　　 年　　　 月　　　 日

ピンクリボンえひめ協議会　会長　様

団体名

申込者　　　　住所

代表者名　　　　　　　　　　　　　　　　㊞

　　　　ピンクリボンえひめ協議会の趣旨に賛同し、貴協議会の会員として参加したいので、

次のとおり申し込みます。

|  |  |
| --- | --- |
| 参加団体・機関名 |  |
| 担当者の所属職・氏名 |  |
| 担当者の連絡先 | 住所  電話番号  FAX番号  E-mail |

**ピンクリボンえひめ協議会事務局**

〒790-0814 愛媛県松山市味酒町1丁目10番地5

(公財)愛媛県総合保健協会 事業推進課内

TEL（089）987-8208FAX（089）987-8255

E-mail pinkribbon.ehime@gmail.com