

## JUNA 基金ご利用申込書

一般社団法人日本保険外看護サービス協会

代表理事 姫田尚美殿

申込み日          年          月          日

氏名（フリガナ）	
生年月日	西暦          年          月          日（          歳）
ご住所	〒
連絡先（電話番号）	
ご利用内容 ご利用予定日、ご利用内容 等	
使用している医療処置につ いて	
ご利用の JUNA 会員氏名	

お申込み受付後、JUNA 基金残額に応じてご利用補助金をご案内いたします。

目安：ご利用料金（消費税抜き）の 1/3 の額または、1 万円/日の少ない額。

基金ご利用いただきましたら、利用感想や寄付金にご協力いただきました方へのメッセ  
ージにご協力いただけましたら幸いです。