

Product Donation Application Format

日本アルコン株式会社

メディカル・ミッションズ（医療活動支援）担当 行

〒107-0052 東京都港区赤坂 2-17-7 赤坂溜池タワー

FAX : 03 □ 3588 □ 3240

ご申請日 / Application Date	年	月	日
-------------------------	---	---	---

1. ご申請者情報 / Information of applicant	
ご氏名 Name	(日本語) ----- (ローマ字)
ご住所 Address	〒
電話番号 TEL	()

2. 提供品のお届けについて / Product Delivery	
お届け先住所 Delivery Address	〒
お届け希望日 Expected Date of Delivery	年 月 日

3. 医療活動について / Information of the Medical Activity			
医療活動団体名 Name of NPO	(日本語名) ----- (英語名)		
団体所在地・電話 Address&TEL	所在地:		
	電話番号:		
医療活動地域 Place of Activity	国名 Nation		都市名 City
現地施設（病院）名 Name of Facility	(日本語名) ----- (英語名)		
活動計画 Activity Plan	予定手術数 Expected number of surgeries	例 Cases	
	予定患者数 Expected number of patients	人 Patients	

4. 旅程について / Travel Plan			
旅程 Itinerary	出発日 / departure	年	月 日
	帰国日 / return	年	月 日
滞在先 (都市名) City to Stay	月 日 □	月 日	
	月 日 □	月 日	
	月 日 □	月 日	

5. 同行される医師・スタッフの方々について / Doctors and staffs you accompany	
ご氏名 / Name	ご勤務先 / Place of Work
1.	
2.	
3.	
4.	
5.	
6.	
7.	
8.	
9.	
10.	

6. 今回の活動にご協力くださる現地の眼科医 / Local Doctors (※アルファベットでご記入下さい)	
Doctor's Name	Facility Name
1.	
2.	
3.	
4.	
5.	

7. 特記事項 / Others you want to note

<p>上記の申請内容に誤りのないことを認めます。また、日本アルコンより提供された物品は、<u>記載の活動期間および目的地に限定し使用することに同意します。</u></p>	<p>ご署名：</p>
---	-------------