



第 20 回秋のヘルス・フェア サービス提供申込用紙
Form of Providers of Services and Events
for the 20th Autumn Health Fair
Sept. 4 – Oct. 4, 2026 (予定)

Online application form:

◆企画団体または提供者名 Name of Provider

日本語: _____

English: _____

Name: _____

Professional Title: _____

Tel: _____ E-mail: _____

◆企画 Event/Services

企画名 日本語 (20 字以内) _____

企画名 英語 English Title: _____

詳細 Detail: _____

◇会場&Online 使用可能

JAA 使用/ホール定員 72 人()

Online Presentation by : ()Zoom, ()YouTube ()others ←ご記入ください。

JAA ホールでは、TV スクリーンを使用して online と会場での hybrid 講演が可能です。

◆希望日時&時間 Prefer time & How long: 期間は 9/4-10/4, 2026 (予定)

第 1 希望 First choice:	Sept/Oct	日	曜日	時から	時
第 2 希望 Second choice:	Sept/Oct	日	曜日	時から	時
第 3 希望 Third choice:	Sept/Oct	日	曜日	時から	時

過去にサクラヘルスフェアやシニアウィークに参加したことがありますか? はい/いいえ

*お申込みは、先着順に受け付けます。

お申込み締め切りは 8 月 17 日 **deadline of application is 8/17/2026!**

ご記入有難うございました。後ほどお返事いたします。

Committee of the Autumn Health Fair/秋のヘルス・フェア実行委員会

JAA, 49 West 45th Street, 5th Floor, New York, NY 10036

ご質問は NY 日系人会・野田まで Tel: 212-840-6942, Fax: [212-840-0616](tel:212-840-0616) 又は noda@jaany.org