

がん患者学会 2015 申込書

受付期間 2015年10月30日(金)10時～11月10日(火)17時

メール：office@zenganren.jp FAX：03-6683-2273

この申込書に、推薦状（参加者が団体代表者でない場合のみ）を添えてお申込みください。
記載いただいた情報については、患者学会 2015 の運営にのみ使用し、終了後は適切に処理いたします。

団体正式名称	
団体設立時期	
団体構成人数	うち患者・家族（遺族含む）人数
団体所在地	〒
団体代表者	役職 名前
参加者	役職 名前
参加者連絡先	住所：〒 メールアドレス： 携帯番号：
団体活動実績（2014年9月以降、主なもの）	
参加者活動実績（国、都道府県などのがんに関する審議会委員など有ればご記入ください）	

「患者学会 2015」参加後に、得た知識や情報を地域での活動にどのように反映する予定ですか？

■参加にあたりお守りいただきたいこと

参加者が以下の事項をお守りいただける場合、□欄にレ点をつけてください。

お守りいただけない場合、選考後であっても参加取り消しや助成金の返金をお願いする場合があります。

- 特定の治療法、代替療法、健康食品等を推奨する団体の運営者または個人でないこと
- 特定の政治団体、宗教団体を支持する団体の運営者または個人でないこと
- 質問や発言に関してはマナーを守り、主催者の指示に従うこと
- やむを得ない事情を除き、すべてのプログラムに参加すること

上記を了解のうえ、タイプ A / タイプ B （どちらかに○）での

参加を申し込みます。

記入日 年 月 日

参加者氏名

プログラムについてのご案内

別紙プログラムに詳細をご案内しているとおり、2日目は参加者のみなさんにディスカッションに参加いただきます。

9つのテーマについてパネリストがそれぞれの取り組みや意見を発表し、全体でディスカッションを行う予定です。

パネリストとして参加を希望するテーマを第3候補までを選び、○を付けてください。

参加団体数とテーマごとの希望数によってはご希望に添えない場合がありますので、予めご了承ください。

氏名 ()

テーマ	第1希望	第2希望	第3希望
緩和ケア			
がん教育			
がん検診と啓発			
がん登録			
希少がん			
がん研究・臨床試験			
小児がん・AYA世代のがん			
医療費			
これからのがん医療			