**がん患者カレッジ～がん教育～　申込書**

**受付期間　2016年10月13日（水）10時～10月24日（月）17時**

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

この申込書をご提出ください。記載いただいた情報については、患者カレッジの運営にのみ

使用し、終了後は適切に処理いたします。

|  |  |
| --- | --- |
| **氏名** |  |
| **所属団体名** |  |
| **団体所在地** | 〒 |
| **団体代表者** | 役職　　　　　　　　　　　名前 |
| **団体連絡先** | 住所：〒メールアドレス：ファックス：　　　　　　　　　　　　携帯番号： |
| **参加者連絡先** | 住所：〒メールアドレス：ファックス：　　　　　　　　　　　　携帯番号： |
| **参加希望日** | （　　）１２月４日（日）のみ（　　）１２月５日（月）のみ　（　　）両日 |
| **お立ち場****（〇してください）** | 患者　　家族　　遺族　　医療者（職種：　　　　　　　　　　）メディア　　　　企業　　その他（　　　　　　　　　　　　　　　） |
| **■がん教育の経験について教えてください**　経験の有無　　（　　ある　　　なし　　　これから携わる予定　）　　⇀「ある」と答えた方　　　　がん教育の実践年（　　　　　）年～（　　　　　）年　　　　がん教育の実践学年（　小学生　　　中学生　　　高校生　　　）　　　⇀「これから携わる予定」と書いた方　　　　よろしければ具体的な内容をお書きください。**■何かメッセージがあればどうぞ** |