**がん患者カレッジ2017～がん教育～申込書**

**受付期間　2017年10月28日（土）10時～11月10日（金）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： |
| **お立ち場****（〇してください）** | がん患者　　家族　　遺族　　医療者（職種：　　　　　　　　　　）メディア　　　　企業　　その他（　　　　　　　　　　　　　　　）※がん患者以外のお立場の方は修了証はお出し出来ませんのでご了承下さい |
| **■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** |