**がん患者学会２０１９　申込書**

**受付**期間：２０１９年７ 月１日（月）～７ 月２０ 日（土）17 時まで

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

**全部で３ページあります。記載漏れがないか、ご確認をお願いいたします**

記載いただいた情報については、患者学会2019の運営にのみ使用し、終了後は適切に処理いたします。

|  |  |
| --- | --- |
| **希望タイプ** | 　（　　）タイプA　　（　　　）タイプB　　（　　　）タイプC　※参加予定日　　□8月31日　　□9月1日※もしタイプA、Bの選考に漏れた場合、それぞれタイプB、Cへの移行を　　　　　　　　　（　□　希望する　　□希望しない　　）　※ポスター発表を（　□　希望する　　□希望しない　　） |
| **団体名** | 全国がん患者団体連合会の加盟団体　（　　である　　　ではない　　） |
| **氏　　名** | 役職　　　　　　　　　　　　　名前 |
| **団体代表者** | 役職　　　　　　　　　　　　　名前 |
| **団体設立時期** |  |
| **団体構成人数　/うち患者・家族（遺族含む）人数　（　　　　　　名／　　　　　　名）** |
| **団体住所** | 〒 |
| **参加者連絡先** | 住所：〒メールアドレス：ファックス：電話番号：携帯番号：お立場：（　　がん経験者　　家族　　遺族　　支援者　その他：　　　　　　） |
| **団体活動実績（2018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をご記入ください）** |
| **「患者学会2019」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？** |
| **■がん患者学会の参加回数**（　　　）回　　　**■今回の学会のお知らせはどこで知りましたか？**（　全がん連ホームページ　　フェイスブック　　知人の紹介　　その他：　　　　　　　　）**■懇親会への参加を　　（　　□希望する　　　□希望しない　　□未定　　　）**　　※８月３１日（土）１９時～築地周辺を予定（参加費４５００円程度）**■運営ご協力について　（　□　協力できる　　□　協力できない　　）**参加団体の中から、開催に向けての準備や当日の運営などにご協力いただく方を募ります。恐縮ですがご協力にあたって交通費の支給、報酬はありませんのでご了承ください。なお、この回答が選考に影響することはありません。 |

**■参加にあたりお守りいただきたいことにチェックをお願いします**

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（必須のみ）に参加すること

　　　　　　　　　　　記入日　　　　　年　　　月　　　日

　　　　　　　　　　　参加者氏名

**ポスター用抄録（ポスター発表をご希望の方のみ）**

・緩和ケア、がん政策、ピアサポート、サバイバーシップ、がん教育のいずれかに関する内容

・タイプAでお申込みの方は必須

・タイプB、タイプCの方は希望者のみ（個人参加：所属団体がない方は発表いただけません）

お名前（　　　　　　　　　　　　）　参加タイプ（　　タイプA　　　タイプB　　　タイプC　　）

【タイトル】

（50字以内）

|  |
| --- |
|  |

【内容】（400字以上800字以内）

|  |
| --- |
|  |

**提出前に、記載漏れがないか再度ご確認をお願いします！**