**がん患者カレッジ2018～がん教育～申込書**

**受付期間　2018年10月24日（水）～11月7日（水）17時**

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

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 |
| **■がん患者カレッジの参加回数**（　　　　）回**■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　　大学生　）　　⇀「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。**■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：　　　　　　　　）■**『がん患者学会』（全国がん患者団体連合会主催）に参加の経験がありますか？**　　□ある（　2015年　2016年　2017年　2018年）　　　□ない**■何か学びたいことなど、メッセージがあればどうぞ** |