



相良病院 乳がん体験者の会 「リボンズクラブ」 入会申込書

お申込日 年 月 日

氏 名	(ふりがな)	診察券 番号	
生 年 月 日	(西暦) 年 月 日 生	年 齢	歳
手 術 年 月	(西暦) 年 月	性 別	男 女
現 住 所	〒 —		
電 話 番 号	— —		
携帯電話番号	— —		
E メールアドレス	@		
情報配信の方法	・郵送希望 ・メール希望 ・情報配信を希望しない		
ご関心を お持ちのテーマ ○で囲んでください (複数回答可能)	・AYA 世代 ・リンパ浮腫 ・乳房再建 ・運動 ・食事と栄養 ・アピアランス(外見)ケア ・子どものケア ・パートナーとの関係 ・親との関係 ・治療費のこと ・医療保険 ・再発治療 ・ACP ・体験者同士の交流 ・医療者との交流 ・その他(具体的に)_____		

<お申し込み方法>

- 1.お申し込みは、本用紙をカドルハウスにご提出いただくか、下記 QR から承ります。
- 2.個人情報の開示、訂正、削除は、本人の同意及び確認を徹底し、適切に取り扱います。

相良病院 11 階 キャンサーケアリングセンター カドルハウス

TEL:099-208-0035 (月～金曜 10:00～16:00)

