



2023 年 8 月 20 日(日) 「リボンズクラブの集い」参加申込書

FAX 番号: 099-227-3633

		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			
現 住 所	〒 —					
電 話 番 号 (携帯・自宅)	— —					
E メールアドレス	@					
講師への質問						
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)_____					

<参加上のお願ひ>

イベント参加に際して、録画はなさないようにお願い申し上げます。
会場内を撮影される際は、他の方が写らないようにご配慮ください。
ここで取得した個人情報は、該当事業内で利用し、適切に取り扱われます。

☐ 上記について同意します。(チェックをお願いいたします)

(本件に対するお問い合わせ)

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)