

参加者 ・ ボランティア

ボランティアは 8月4日(土)15:00 からのミーティング参加が**必須条件**です。

ボランティア参加年齢：本年4月1日時点で18歳以上とします。参加歴のある小児がん経験者の方はご相談ください。

ふりがな 氏名		性別		生年月日	西暦	年	月	日 () 歳
住所	〒			学年	小・中・高・専門・短大・大学 () 年 社会人 ※2018年4月1日現在			
連絡先	自宅電話：			保護者携帯：				
	自宅 FAX：			本人携帯(あれば)：				
	保護者 E-Mail：							
	本人 E-Mail(あれば)：							
これまでの SMS 参加経験	あり () 回 ・ 初参加			あなたは	小児がん患者/経験者 ・ 一般			
以下は、小児がん患者/経験者は記載してください								
診断名								
治療状況	治療中	経過観察中	治療終了	その他：				
かかりつけ医療機関								
主治医								
※状況によっては、主治医の先生に病状の確認をさせていただく場合があります。								
発症年齢	歳			告知を受けた年齢	歳			
報道への希望 ※このキャンプはマスコミの取材が同行します。必ずこの欄への記入をお願いします。								
マスコミ (新聞等) への掲載について				名前：	実名 ・ 匿名	写真/動画：	可 ・ 不可	
Web 媒体への掲載について				名前：	実名 ・ 匿名	写真/動画：	可 ・ 不可	
同意署名 ※参加にあたり本人の同意署名をお願いします。20歳未満の方は保護者も署名をしてください。								
病名の告知を受けていること及び参加すること、報道への希望について同意します。								
本人： _____								
保護者： _____								
食物アレルギーや治療による食事制限、禁止食品はありますか						→「はい」と回答された方は 申込書②裏面の 「食事確認シート」に 具体的な内容を記載ください		
はい ・ いいえ								
食事形態に関する希望やスタッフに伝えておきたいこと、心配なことはありますか								
はい ・ いいえ								

裏面もあります

以下は参加される本人が記載してください。

参加理由・参加動機

お話会で聞きたいこと、話したいこと

例：病気のこと、勉強のこと、友達のこと など

- ◎ 今回いただいた個人情報に関しては、(公財) がんの子どもを守る会にて管理し、キャンプ運営の目的以外では一切使用いたしません。

申込書送付先： 申込書①②・本人写真と共に提出ください。
〒111-0053 東京都台東区浅草橋1丁目3-12 公益財団法人 がんの子どもを守る会
スマートムンストーンキャンプ係