

(公財)がんの子どもを守る会福島支部 ソーシャルワーカー個別相談会
お手数ですが、本用紙にて8月31日(金)までにお申込みください
申し込み先:FAX 03-5825-6316 〒111-0053東京都台東区浅草橋1-3-12

受付年月日: 年 月 日

* 太枠内のみご記入ください

<table border="1"> <tr> <td>会員 ・ 非会員</td> </tr> </table>		会員 ・ 非会員	
会員 ・ 非会員			
氏名			
住所	〒		
患児名(ふりがな)		性別	男 ・ 女
ご連絡先電話番号			
E-Mail			
診断名		部位(例:下垂体)	
発症時年齢		現在の年齢	
現在の状況(何れかに○をつけて下さい)	1. 治療中 2. 予後観察中 3. 治癒 4. 亡		
今回ご相談されたいことをお書きください			
ご希望の時間帯がありましたらご記入ください(10:00-16:00) 午前:郡山市労働福祉会館、 午後:福島県立医大附属病院が会場になります。		午前 ・ 午後 ※時間は決定次第、こちらからご案内いたします。	

* 今回頂いた個人情報に関しては、個別相談の資料として活用させて頂き、それ以外の目的では一切使用いたしません。