

小児がん経験者CCI派遣事業 申込書 1

Aコース

Bコース

*いずれか選択☑

年 月 日現在

顔写真

4cm × 3cm

| | | | |
|--|---------|------|-------------|
| フリガナ | | | |
| 氏名 | Ⓜ | 生年月日 | 年 月 日 (生 歳) |
| 住所 | 〒 都道 府県 | | |
| 電話 | FAX | | |
| 携帯 | E-mail | | |
| 病名 | | | |
| 診断年月 | 診断時の年齢 | | |
| 病院名 | | | |
| 現在の状況 (職業など) | | | |
| 英語に関する 取り組み | | | |
| この事業を 知ったきっかけ | | | |
| 現在、参加している小児がん経験者の会、およびその会の活動とあなたの関わりがあればお書き下さい | (会の名称) | | |
| | (活動) | | |

【注】派遣希望者が未成年の場合は、派遣に際して保護者の同意が必要となります。

| | | | | |
|-----|--|---------|---|--------|
| 保護者 | 私、_____ は、上記の者について、CCI年次総会・会合への参加に同意いたします。 | | Ⓜ | 続柄 () |
| | 住所 | 〒 都道 府県 | | |
| | 電話 | | | |

ご記入いただきました個人情報は本事業の審査および、結果通知のみに使用させていただきます。

| | | | |
|--------|---|---|---|
| 事務局記入欄 | | | |
| 受付日 | 年 | 月 | 日 |

