

四国がんセンター 患者・家族総合支援室  
FAX 089-999-1210

(がん医療におけるチャイルドケア)

大切な人をなくした子どもへのケア  
2019年9月21日(土) 13:00～16:00

## 参加申込書

フリガナ お名前	
ご所属	施設名：
	部署：
	職種： <input type="checkbox"/> 医師 <input type="checkbox"/> 看護師 <input type="checkbox"/> その他（ ）
連絡先  ※（ ）内に連絡が取れる 順番を必ずご記入ください	( ) 電話番号  (勤務先/自宅)
	( ) FAX番号  (勤務先/自宅)
	( ) E-mail  (勤務先/自宅)
困りごと、聞きたいこと等が あればご記入ください	

### 申込み方法

FAXもしくはメールでお申し込みください

### 申込み先

四国がんセンター 患者・家族総合支援室  
「大切な人をなくした子どもへのケア参加申込み」係

F A X : 089-999-1210

メール : 519-tsupport@mail.hosp.go.jp

※メールでお申し込みの場合、件名を「大切な人をなくした子どもへのケア参加申込み」とし、本文に上記内容をご記入の上、お送りください。