

四国がんセンター  
患者・家族総合支援室  
平日9:00~16:00

「チャイルドケアプロジェクト キッズサロン」  
2019年12月26日(木) 13:30 ~ 15:00

※受付は13:00 からです。開始時間の5分前には受付をお済ませ下さい。

参加申込書

\*どのようにしてこのイベントを知りましたか

- チラシ・ポスター  病院ホームページ  病院スタッフの紹介  
 家族・知人の紹介  新聞・ラジオ・情報誌  学校からの案内  その他 ( )

\*参加するお子さんについて

(ふりがな) 氏名	(男・女)( 歳)
学年	(小・中) 年生
過去のキッズ探検隊の参加の有無	有 ・ 無

\*患者さんについて

(ふりがな) 氏名	お子さんとの関係	父親 ・ 母親
連絡先	電話番号 *参加の可否を含む連絡をする場合があります。 都合のよい時間帯および曜日をご記入下さい。( )	
がんの種類	肺がん・胃がん・肝臓がん・大腸がん・乳がん・その他( )	

\*イベント当日の連絡先について

氏名	続柄	連絡先
----	----	-----

保護者の茶話会の参加	します ・ しません ・ わからない
------------	--------------------

＜当日は、必ず保護者による送り迎えをお願いします＞

(事務局使用欄)

申込方法

申込書をご記入の上、患者・家族総合支援センターにお持ち下さい。  
または、郵送にてお申込み下さい。

受付日:

月 日

受付者:

申込先

四国がんセンター 患者・家族総合支援室  
〒791-0280 愛媛県松山市南梅本町甲160