

チャイルドケアプロジェクト 2021 参加申込書

申込日: 2021年 月 日

* どのようにしてこのイベントを知りましたか (複数回答可)

- チラシ・ポスター 院内のデジタル掲示板 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 その他

1. 参加する方について

※当日参加される方は全員ご記入ください。

参加する子ども	(ふりがな) 氏名	男・女	() 小学校 年生
参加する子ども	(ふりがな) 氏名	男・女	() 小学校 年生
参加する子ども	(ふりがな) 氏名	男・女	() 小学校 年生
当日お手伝いして くださる大人の方	(ふりがな) 氏名	男・女	続柄 ()
当日お手伝いして くださる大人の方	(ふりがな) 氏名	男・女	続柄 ()
気がかりなこと	特になし あり()		
その他	・お子さんが知りたいと思っていることや好きな食べ物・遊びなどについてご記入ください		

2. 患者さんについて

※下記記載の住所に郵便物を送らせていただきます。お間違いのないようご記入ください。

(ふりがな) 氏名	(歳) お子さんとの続柄(父・母)		
住所	〒		
連絡先	①	②	
がん治療を受けている 病院名		※四国がんセンターを 受診されている方 診察券番号	
がんの種類		初めて診断された日	現在の治療状況
ステージ	<input type="checkbox"/> 0期 <input type="checkbox"/> I期 <input type="checkbox"/> II期 <input type="checkbox"/> III期 <input type="checkbox"/> IV期	年 月 頃	<input type="checkbox"/> 治療前 <input type="checkbox"/> 治療中 <input type="checkbox"/> 経過観察中 <input type="checkbox"/> 緩和ケア
その他	・このイベントでどんなことを学んで欲しいですか ・その他、ご連絡に際してご都合の悪い曜日や時間帯などご記入ください		

【※裏面のご記入もお願いします】⇒

3. オンラインについて

① 当日使用する機器に○をつけてください

【 カメラとマイク付きのパソコン ・ タブレット ・ スマートフォン（iPhone ・ アンドロイド） 】

② ネット環境についてどちらかに○をつけてください

【 有線 ・ 無線（Wi-Fi） 】※途中で接続が切れてしまう場合がありますので、可能ならば有線をお勧めします。

③ Zoom を使用したことがありますか？

【 ある ・ ない 】

④ オンラインの操作についてあてはまるものに○をつけてください

【 慣れている ・ まあまあ慣れている ・ 全く慣れていない 】

4. 当日使用する機器のメールアドレス

※メールで URL を送らせていただきますので、お間違いのないようご記入ください。

メールアドレス	@
---------	---

5. 当日の緊急連絡先

氏名		連絡先	
----	--	-----	--

参加される方々が気持ちよく時間をすごすために

- * 取得した個人情報は、当該事業内で利用し、適切に取り扱われますのでご安心ください。
- * 四国がんセンターの記録用として、イベント中の様子を画面撮影することがあります。こちらも当該事業内で利用し、適切に取り扱われますのでご安心ください。
- * 皆様におかれましては、プライバシーを守るために、イベント中の動画や写真撮影、録音は禁止とさせていただきます。

上記の記載内容に同意します はい ・ いいえ

※参加の可否につきましては、その旨を**応募締切り後**にご連絡いたしますので、どうぞよろしくお願いいたします。

以下、事務局記載事項

受付日： 月 日 時 分 受付者：

確認日： 月 日 確認者：

受付番号：