

チャイルドケアプロジェクト 2023 参加申込書

申込日: 年 月 日

* 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 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

1. 参加するお子さんについて

(ふりがな) 氏名	(男・女)(歳)		
学 校 名	小学校 年生	生 年 月 日 ※保険加入に必要です	H 年 月 日生
身 長	cm (当日使用する白衣のサイズ確認のため)		
ア レ ル ギ ー	なし・あり() ※個別のアレルギー対応はできません		
気 が かり な こ と	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

(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		※四国がんセンターで 受診している方 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		

3. お子さんに関する電話連絡に対応していただける方について(患者さんと異なる場合)

(ふりがな) 氏名	お子さんとの続柄()		
住 所	〒		
連 絡 先	①	②	
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		

4. イベント中の緊急連絡先について

氏 名		続 柄		緊急連絡先	
-----	--	-----	--	-------	--

* 本プログラムは、有効性を検証するため他施設との共同研究となっております。

* 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。* 参加の可否については、その旨を**応募締切り後**にご連絡いたします。

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: