

# サポーター登録用紙

グループ  A  B  C

記載日 年 月 日

ふりがな			生まれた年
氏名			西暦 年 (満 才)
お立場 <small>該当に○印</small>	<input type="checkbox"/> がん体験者 <input type="checkbox"/> 患者家族 <input type="checkbox"/> 遺族 <input type="checkbox"/> 医療者 <input type="checkbox"/> その他 ( ) <input type="checkbox"/> (がん種: ) 診断時期: 年 月		
住所	〒 ( - )		
電話		FAX	
携帯電話			
E-mail (パソコンのみ)			
希望する連絡方法に○をして下さい	<input type="checkbox"/> ①郵送 <input type="checkbox"/> ②FAX <input type="checkbox"/> ③E-mail		
職業			
所属 (患者会、医療機関など)			
サポーターとして、どのような活動をしていきたいですか？また出来ると思いますか？			
活動の出来る日 曜日、時間など	月 火 水 木 金 土 日 ( 時～ 時)		
自宅から当センターまでの交通手段について該当するものに○をして下さい	<input type="checkbox"/> 車 自宅～津庁舎 ( ) km <input type="checkbox"/> 公共交通機関を利用 電車 _____ 駅～ _____ 駅 バス _____ バス停～ _____ バス停 <input type="checkbox"/> 交通費は辞退します		

ご記入いただきました個人情報、目的以外には使用いたしません。

郵送又はメールでお送りください

〒514-8567 津市桜橋3丁目446-34

三重県がん相談支援センター

TEL 059-202-5910

