

大森赤十字病院がん患者サロン申込用紙

申込日 年 月 日

項目	
氏名／性別	男 女
生年月日／年齢	T S H 年 月 日 歳
住所	〒 ー 区
電話（日中連絡できる場所）	
メールアドレス(任意)	@

----- キリトリ -----

様

大森赤十字病院がん患者サロンへのお申し込みありがとうございます。
患者会に申し込まれた方々が参加するがん患者サロンは、患者様同士の語り合いの場となります。個人的な内容が語られますので、個人情報の保護が必要となります。別紙の「個人情報保護のお願い」をお読みいただきご同意が必要となります。ご同意いただける方は、署名をして当日お持ち下さい。

別紙のコースご案内の日程で開催致します。

会場は1階 通院治療室です。当日は案内板を設置しております。

受付時間 : 10時20分より会場で受付を致します。

ご持参いただくもの：「個人情報保護に関するお願い」に署名した用紙
本用紙
筆記用具

