

▲ ▲ ▲

FAX : 03-3695-4884

参加申込書

この申込書の個人情報本講習会関係事務以外には使用いたしません。
受付票は発行しません。定員超過の場合はご連絡します。

※中止になる場合はお申込みいただいた連絡先(メールまたは電話)へご連絡いたします。

お申込み会場	* 参加する会場と参加 方法に○をつけてください	和歌山会場 (1/24) / 郡山会場 (2/21)	会場での参加 / オンラインでの参加
氏名 (漢字)			
氏名 (ふりがな)			
年齢	☐ 20才未満 ☐ 20～30代 ☐ 40～50代 ☐ 60～70代 ☐ 80代以上		
電話・FAX	* 定員を超過した際に ご連絡いたします		
e-mailアドレス			
お住まいの都道府県			
どのような立場で参加されますか	☐ 患者 ☐ 患者のご家族 ☐ 医療関係者(職種:) ☐ 一般 ☐ その他()		
医療用麻薬にどのような印象を お持ちですか	(複数回答可) ☐ 正しく使用すれば安全 ☐ がんの痛みに効果的 ☐ 他に治療法がない時に使う ☐ だんだん効かなくなる ☐ やめられなくなる ☐ 副作用が強い ☐ 精神的におかしくなる ☐ 怖い ☐ がんの治療に悪影響を及ぼす ☐ 寿命が縮まる ☐ 特になし		
質問事項	* 当日のディスカッションや質疑 応答の際、参考にさせていた だきます		
特記事項	* 車椅子参加等、特記事項 がありましたら、ご記入 ください		