



FAX 052-916-2038

名古屋市立西部医療センター 外来化学療法室ゆき

がん患者フィットネスの会申込書

2020 年 1 月 26 日（日）開催 申込日： 年 月 日

氏名	患者番号：	年 齢	歳	性別	男 ・ 女
連絡先	連絡のとれる連絡先(電話番号など)をご記入ください。 〒 ー 住所： 電話番号：				
病名					
運動後の食事会	出席します ・ 欠席します				

※なお個人情報、今回の会の連絡のみに使用します。

※会に申し込む際、会参加の可否について事前に主治医に御相談下さい。

※参加は、当院で治療を受けられた方、あるいは当院で通院中の方に限らせていただきます。

【会参加の同意】

会に参加される場合は、必ず☒をして参加者様本人が署名して下さい。

☐私は、今回のがん患者フィットネスの会で予期せぬ怪我や、持病が悪化する可能性があることを理解したうえで、自己の責任において「がん患者フィットネスの会」に参加します。

☐参加申し込みされた方の病状を確認し会に参加できるかどうか、がん患者フィットネスの会実行委員会により電子カルテを参照したり、主治医に相談することに同意します。

参加者本人署名

【写真使用の同意】

写真の使用にご承諾頂ける場合は、☒して下さい。

☐私は、今回のがん患者フィットネスの会で撮影された私が写っている写真を、今後のがん患者フィットネスの会の案内用のポスター、病院のホームページへの掲載および学会等での報告に使用されてもかまいません。