

# 体験談記入フォーム

## <基本情報>

この情報はあなたの了解なしにホームページに掲載したり、第3者に開示することはありません。

あなたのお名前（ふりがな）	（ ）		
あなたのご住所	〒		
あなたの年齢	才	あなたの性別	<input type="checkbox"/> 男 <input type="checkbox"/> 女
ご自宅の電話番号			
ご自宅のFAX番号			
あなたの携帯番号			
あなたのEメールアドレス			
あなたの携帯メールアドレス			

## <ホームページ掲載情報>

本名またはイニシャル		住まい	県
がんの種類		ステージ	
患者さんから問い合わせがあった場合の対応	<input type="checkbox"/> メール交換は可能 <input type="checkbox"/> メール交換は不可		
取り次ぐ患者さんの人数	<input type="checkbox"/> 特に制限は要らない <input type="checkbox"/> （ ）人に制限する		
あなたの体験談（下記に記載ください。足りない時は別紙に記載ください）			

--	--	--	--



