

▲ ▲ ▲

FAX : 03-6810-1074

参加申込書

この申込書の個人情報は、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。

お申込会場 <small>*参加する会場と参加方法に○をしてください</small>	東京(1月25日) / 香川(2月22日)	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	<input type="checkbox"/> 20才未満 <input type="checkbox"/> 20~30代 <input type="checkbox"/> 40~50代 <input type="checkbox"/> 60~70代 <input type="checkbox"/> 80代以上	
電話・FAX <small>*定員を超過した際にご連絡いたします</small>		
e-mailアドレス		
お住いの都道府県		
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) <input type="checkbox"/> 正しく使用すれば安全 <input type="checkbox"/> がんの痛みに効果的 <input type="checkbox"/> 他に治療法がない時に使う <input type="checkbox"/> だんだん効かなくなる <input type="checkbox"/> やめられなくなる <input type="checkbox"/> 副作用が強い <input type="checkbox"/> 精神的におかしくなる <input type="checkbox"/> 怖い <input type="checkbox"/> 寿命が縮まる <input type="checkbox"/> がんの治療に悪影響を及ぼす <input type="checkbox"/> 特になし	
質問事項 <small>*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</small>		
特記事項 <small>*車椅子参加等、特記事項がありましたらご記入ください</small>		