

電話相談申込み票

患者氏名		申込者氏名		患者との続柄	
自宅電話		携帯電話			
FAX 番号		Eメール アドレス			
携帯メールアドレス		住所	〒		
がんの種類	がん	状態		初発 ・ 再発 ・ 転移 ・ 寛解	
相談希望日 (①②③いずれかに○をつけ、②③の場合はカッコ内にもご記入ください)					
①土日祭日のみ ・ ②平日のみ ・ ③いつでも大丈夫 ⇒ ②③の方、都合の悪い曜日は () 曜日					
相談希望時間 (ご希望の時間のカッコ内に○をつけてください。複数記入も可能です。)					
10:00~ () 14:00~ () 16:00~ () 18:00~ ()					
回答の受け取り方法 (ご希望の方法に○をつけてください。複数可です。)					
①自宅電話 ・ ②携帯電話 ・ ③Eメール ・ ④携帯メール⇒ ①②の絡可能な時間帯 ()					