

個別相談・申込み用紙

記載日 年 月 日

- ※ 質問内容によっては、お答えしかねる場合がございますのでご了承ください。
- ※ 当相談事業は事務局にて対応いたします(医療者が答えるものではない事にご留意ください)。  
【基本的に小児がん・白血病と鑑別がついた後の問題点に対応いたします】

対応可能: セカンドオピニオン支援、復学の問題      対応不可: 療法の治療成果、白血病の鑑別

【お子さまについての情報をご記入ください】

学年・性別	
病名	
病院名・現状 (例、A 病院入院中など)	
相談内容	

【相談される方についての情報をご記入ください】

ふりがな		上記お子様との続柄	
お名前			
御住所	〒		
連絡先	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Eメール ( )</li> <li>• 電話 ( )</li> </ul>		

事務局記入欄			
登録番号		受付者	
概要			