＊この欄には何も記入しないでください。

|  |  |
| --- | --- |
| 受付番号 |  |

がん患者団体登録票

|  |  |
| --- | --- |
| フリガナ |  |
| 患者団体名称 |  |
| フリガナ |  |
| 代表者氏名 |  |
| 連絡先※ | フリガナ |  |
| 担当者氏名 |  |
| 所在地 | 〒 |
|  |
| 電話番号 |  |
| ﾌｧｸｼﾐﾘ番号 |  |
| 電子ﾒｰﾙｱﾄﾞﾚｽ |  |
| 活動内容(注) |  |
| 活動地域(注) |  |
| 対象部位(注) |  |
| 患者団体ホームページＵＲＬ |  |

(注)　活動内容、活動地域、対象部位等については、内容がわかる資料（パンフレット、チラシ等）及び団体の規約（設置している場合）を患者団体登録票と併せてお送りください。

* 連絡先の掲載について

上記情報を県ホームページへ掲載する際の「連絡先」は、「担当者氏名」及び「代表者が同意した次の事項」を掲載しますので、掲載に同意する項目に○をしてください。

（　電話番号　・　ファクシミリ番号　・　電子メールアドレス　）

令和　　年　　月　　日

兵庫県保健医療部感染症等対策室疾病対策課長　様

　上記情報を患者団体一覧へ掲載したいので患者団体登録票を提出します。

患者団体名称

団体所在地

代表者氏名　　（自署）