**がん体験者スピーカー養成講座　申込みフォーム**

送付先：[speaker@cancernet.jp](mailto:speaker@cancernet.jp)

＊メール送付時の件名は、がん体験者スピーカー養成講座申し込み（氏名）としてください。

下記すべての項目に該当☑しない方は、お申し込みいただけませんのでご注意ください。

☑　CNJのミッション・ヴィジョンに賛同します。

☑　講座オリエンテーションを視聴できました。

☑　課題（Word、PPTで作成）をメール添付で提出することができます。

申込日：西暦　　　　年　　　月　　　日

|  |  |  |
| --- | --- | --- |
| 氏名： | ﾌﾘｶﾞﾅ： | |
| 生年月日：西暦　　　　年　　　　月　　　日 | 年齢： | 性別： |
| がん体験部位： | 診断年：西暦　　　　　年 | |
| 住所：〒 | | |
| TEL： | 携帯： | |
| E-mail | FAX： | |
| 職業：フルタイム・パートタイム・自由業・その他・なし（仕事の内容：　　　　　　　　　） | | |
| がん体験を通して、誰に、何を伝えたいですか？（300字程度で） | | |

◆希望支払方法：希望決済方法に○銀行振込・クレジット決済

（折り返し、振込先・決済ページをご連絡します）

◆受講割引対象：該当に〇（　CIN・BEC認定者：　　　　期　／　CNJ会員　）