



送信先 020-4668-4193

第2回 GIST学習会FAX申し込みフォーム

※患者さんは全ての質問にお答え下さい。ご家族やご友人が代理で申し込まれる場合も、患者さんのお立場でお答え下さい。

※一般の方はお名前とご住所のみお書き下さい。

☆参加希望 (両方参加される方は両方にチェックを入れてください) 午前の部 午後の部

☆お弁当のご注文 商品名 個数

① お名前

フリガナ	年齢	参加人数
	歳	名

② メールアドレスをお持ちでしたらお書き下さい。

③ ご住所
〒

④ お電話番号

⑤ 治療年数 (丸で囲んでください)

0~1年 1~2年 2~3年 3~4年 4~5年 5年以上

⑥ GIST原発の部位 (丸で囲んでください)

食道 胃 小腸 大腸 その他 分からない

⑦ 現在の状況 (丸で囲んでください)

グリバック 服用中 スーテント 服用中 その他の薬剤 服用中 経過観察中 その他

⑧ あなたのお立場 (丸で囲んでください)

患者ご本人 家族 遺族 その他のお知り合い 医療関係者 その他

⑨ 今回お知りになりたいこと 質問事項など