

にこスマキャンプ2024.夏 サポートスタッフ申込書

記入日 西暦 年 月 日

ふりがな () 性別 ()

名前 職業 ()

誕生日 西暦 年 月 日 (歳) 血液型 ()

住所 〒

マンション名までご記入ください

電話番号

メールアドレス

*今後の連絡はメール（メールリングリスト）を利用します。携帯可。

1、がん経験者ですか？ (はい ・ いいえ)

<がん経験者の方はご記入ください>

病名 病気になった年齢

治療した病院

現在の状況 治療中 ・ 経過観察中 ・ 終了 (歳の時)

服薬 あり () ・ なし

介助 不要・必要 ()

2、志望動機

(枠が足りない場合、
裏面にお書きください)

3、集合場所の希望についてお知らせください。 (博多駅 ・ 久留米大学病院 ・ 開催地)

※博多駅、久留米については集合場所から貸切バスで移動します。

4、どこでキャンプを知りましたか？ (にこスマから ・ 病院 ・ SNS ・ リピーター ・ その他)

【申込書送付先】 〒815-0032 福岡市南区塩原4-3-6-101 認定NPO法人にこスマ九州 宛

※申込は郵送のみ受付いたします。 Fax,Mailではお受けできませんのでご了承ください

*個人情報は事務局で厳重に管理し、にこスマ九州の運営に関してのみ使用いたします。