

参加申込書

大阪市立総合医療センター
がんサロン キャンサーケアヨガ

提出日 令和 年 月 日

実施予定日：令和 2 年 12/10(木)、12/24(木)

令和 3 年 1/14(木)、1/28(木)、2/4(木)、2/18(木)

参加可能な時間に○をつけてください。 ※人数に制限があるため、場合によってはご希望に添えない場合がございます。

10時～(9時45分集合)	11時半～(11時15分集合)	☺どちらでも可
---------------	-----------------	---------

次の項目をご記入ください。

氏名		年齢	
診察券番号			
住所	〒		
電話番号	(自宅)	携帯	
診療科		主治医	

キャンサーケアヨガ参加のためのセルフチェックシート

次に当てはまる項目にチェック をお願いします。

現在、18～70歳である

現在、大阪市立総合医療センターでがん治療をしている

主治医にヨガをすることの許可を得ている

※参加希望の方は、必ずご自身で主治医に相談の上、参加の可否を確認してください。

骨、脳への転移がない

軽度の運動で痛みが強くない

他所でヨガレッスンを受けていない ※応募者多数の際は新規の方を優先します。

この用紙を1階 総合医療相談窓口 に設置の申込箱へ提出してください。後日、参加の可否を通知いたします。

状況・場合によっては参加をお断りさせていただくこともございますので、予めご了承ください。

※別紙「がんサロン キャンサーケアヨガに参加を希望される皆様へ」も併せてご一読ください。

以上