

「シッターサポート」を受給して

年 月 日

受給者氏名				年 齡		才
治療を受けた 医療機関名						
治療 期間	抗がん剤	年	月	～	年	月
	放射線	年	月	～	年	月
				回 数		回
シッターサポートをどのようにしてお知りになりましたか						
シッターサポートで受給された感想、現況、ご意見などご自由にお書き下さい(用紙が足りない場合は2枚あるいは自由に別紙を添えて下さい)						

頂きましたご感想やご意見は、J.POSH関連の媒体などに匿名にてご紹介させて頂く場合があることをご了承下さい。