

がん対策推進基本計画（案）に関する御意見募集

がん対策推進基本計画（案）に関する御意見募集に対し、御協力いただきありがとうございます。以下の要領に沿って、御意見を提出いただきますようお願いします。

1. 御意見について

① テーマ

以下のいずれか一つを選び、○をつけて下さい。複数のテーマについて御意見がある場合には、それぞれのテーマごとに御意見を提出下さい。

- | | |
|----|-----------------------|
| 1 | がんの予防について |
| 2 | がんの早期発見について（がん検診など） |
| 3 | がんに関する専門的医療従事者の育成について |
| 4 | がん医療に関わる医療機関について |
| 5 | がんに関する情報の提供体制について |
| 6 | がんに関する相談及び支援について |
| 7 | 手術療法について |
| 8 | 抗がん剤療法について |
| 9 | 放射線療法について |
| 10 | 緩和ケアについて |
| 11 | その他がんの治療法について |
| 12 | がん登録について |
| 13 | がんに関する研究について |
| 14 | その他（1～13に当てはまらない場合） |

② 御意見の表題

御意見に表題をつけて下さい。

--

例) 治療早期からの緩和ケアを普及して欲しい。

③ 御意見の内容

御意見を、A4 1枚（1200字程度）に、簡潔に記入下さい。（次ページをお使いいただいても、別の紙を提出いただいても結構です。）

なお、いただいた主要な御意見は、「がん対策推進協議会」への提出や、厚生労働省のホームページでの公表を予定しております。

がん対策推進基本計画（案）への御意見

2. 御自身の属性について（必ず御記入ください。）

御自身について、以下の項目の記載をお願いします。

① 年齢：_____ 下記より該当する番号を御記入下さい。

- | | | | |
|----------|--------|----------|--------|
| 1. 20歳未満 | 2. 20代 | 3. 30代 | 4. 40代 |
| 5. 50代 | 6. 60代 | 7. 70歳以上 | |

② 性別：_____ 下記より該当する番号を御記入下さい。

- | | |
|-------|-------|
| 1. 女性 | 2. 男性 |
|-------|-------|

③ がんとの関わり：_____ （3に該当する方のみ→御職業：_____）

下記より該当する番号を御記入下さい。

複数に該当する場合は複数の番号を御記入下さい。

- | |
|--------------------------|
| 1. 御自身ががん患者である、又はあった。 |
| 2. 御家族にがん患者の方がいる、又はいた。 |
| 3. 御自身ががん医療に従事している、又はいた。 |

※ 3に該当する方は、御職業を教えてください。

下記より該当する記号を御記入下さい。

- | |
|------------------------|
| ア. 医師・歯科医師 |
| イ. 保健師・助産師・看護師・准看護師 |
| ウ. 薬剤師 |
| エ. 診療放射線技師 |
| オ. メディカルソーシャルワーカー |
| カ. その他医療従事者（医療機関経営含む。） |

- | |
|-----------------------|
| 4. その他（1～3に当てはまらない場合） |
|-----------------------|

④ 連絡先

氏名：
住所：
電話番号：

※法人の場合は、氏名のところに、法人名及び担当者名を御記入下さい。

※氏名及び担当者名については、ふりがなも御記入下さい。