がん９０プロジェクト宛　　『波動シート』使用要望書

『波動シート』を貸出・使用説明するにあたっての必要事項です。正しくご記入をお願い致します。
（※ご記入いただいた個人情報は貸出・使用説明目的以外には一切利用することはありません。）

記入年月日：　　年　　月　　日
お名前：　　年齢：　　歳　　性別：　男　・　女
ご住所：〒　　－

ＴＥＬ：(　　)　　－

① 医師の診断は？
　　癌　　腫瘍　　他（　　）　　ステージ：　２・３・４
② 余命宣告は有りましたか？　　□はい　　年　　ヶ月　　□いいえ
③ 患部の大きさは？　　cm くらい
④ 多発性や転移は有りますか？　　□はい　　約　　ヶ所　　□いいえ
⑤ これまでの治療内容は？
　□切除　□抗がん剤の投与　□放射線治療　□免疫療法　□他
⑥ これまでの治療効果は？
　□進行している　□変化がない　□少しは良い　□縮小した
　□完治と思う　□辛くなった　□他（
⑦ 波動シートを充ててよくなると思いますか？
　□思う　□思わない　□わからない
⑧ 波動シートをどこで知りましたか？
　□知人から　□同じ患者の方から　□完治した患者の方から
　□医師の紹介　□噂を聞いて　□紹介者　　様から

この波動シートを充てる療法は、自己の免疫機能の向上を図る民間療法です。
従って医療費及び提供される波動シートの代金は一切不要です。
なお、波動シートは貸出品ですので必ず３ヶ月後にご返却をお願い致します。

【誓約書】
この『波動シート』の使用や使用説明等について、私は医療行為や薬事法等々で無いことを理解し、総べての事柄に自己責任でこの民間療法をすることを誓約いたします。

西　暦　　年　　月　　日

サイン