

**令和7 年度 北海道医療ソーシャルワーカー協会主催**  
**がんピアサポーター養成研修会札幌会場 受講申込書**

私は受講対象者条件を確認の上、

令和7年度がんピアサポーター養成研修会の受講を申し込みます。

**受講対象者**

- ・ピアサポーターに関心のあるがん患者・がん経験者の方
- ・全日の講義を無理なく最後まで受講できる方
- ・電子メールやホームページ等の操作ができる方

※全日の要請研修を受けられた修了者の方には、各地域のがん診療連携拠点病院等でピアサポーターとして活動して頂く事ができます。

|                               |                                                                                                    |    |      |   |     |
|-------------------------------|----------------------------------------------------------------------------------------------------|----|------|---|-----|
| ふりがな<br>お名前                   |                                                                                                    |    |      |   |     |
| 性別／生年月日                       | 男性                                                                                                 | 女性 | 生年月日 | 年 | 月 日 |
| 住所                            | 〒                                                                                                  |    |      |   |     |
| 電話番号                          |                                                                                                    |    |      |   |     |
| メールアドレス                       |                                                                                                    |    |      |   |     |
| がんの部位                         |                                                                                                    |    |      |   |     |
| 治療の状況                         | <input type="checkbox"/> 治療中 <input type="checkbox"/> 治療後・経過観察中<br><input type="checkbox"/> その他( ) |    |      |   |     |
| 所属団体<br>(所属する患者団体などあればご記入下さい) |                                                                                                    |    |      |   |     |
| 志望動機                          |                                                                                                    |    |      |   |     |

**お申込方法** : 必要事項をご記入の上、下記宛先にFAX、メール又は郵送でお申込み下さい。  
**8月15日(金)必着です。**メールで受講可否のご連絡を致します。

**宛先 北海道がんセンター がん相談支援センター**

〒 003-0804 札幌市白石区菊水4条2丁目3-54  
**Mail** 100-mb05gas2@mail.hosp.go.jp  
**FAX** 011-824-2706