

令和6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室蘭会場 受講申込書

私は受講対象者条件を確認の上、

令和6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・がん体験者の方
 - ・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 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 <input type="checkbox"/> その他()
所属団体 (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。
11月1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