**2024年度　がんピアサポーター養成研修会受講申込書**

|  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- |
| ふりがな |  | 性　別 | 生　年　月　日 |
| 氏　　名 |  | 男・女 | S.H　　　年　　月　　日  　　　（　　　　　歳） |
| 住　　所 | 〒　　　　－ | | 就労状況  有　・　無 |
| 連 絡 先 | 電話：  携帯：  メールアドレス： | | |
| あなたについて | □患者ご本人　□ご家族 | | |
| がんの種類 | □胃　　□大腸　　□肺　　□肝臓　　□乳房　　□子宮　　□卵巣  □小児がん　　□その他（　　　　　　　） | | |
| 診断（告知）時期 | がんと診断（告知）されたのはいつですか？  　　　　　　年　　　　月頃 | | |
| 現在の治療状況 | □治療中　　□治療後（治療後3か月以内）　□経過観察中（定期受診あり）  □治療終了（定期受診なし）　□その他（　　　　　　　　　　　　　　　） | | |
| 所属または参加したことのある、患者会名・サロン名 |  | | |
| この研修会を知った  きっかけ | □病院からの紹介（病院名　　　　　　　　　　　　　　　　　　　）  □ホームページ　□患者会からの紹介　　□新聞などマスコミからの情報  □その他（　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　） | | |
| \*受講動機・  エピソード等  \*受講後に行いたい  　　　　　　活動等 |  | | |

＊対象は＜受講者の募集について＞に記載されている応募条件に該当し、ピアサポート活動の趣旨を理解し、活動意志のある方といたします。

＊この申込書に記載いただいた個人情報は、選考と研修およびその後の活動のためにのみ利用させていただきます。これらの目的以外には一切利用いたしません。

宮城県がん総合支援センター