

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釧路会場 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<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。  
10月25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