

令和3年度 兵庫県がんピアサポーター養成研修受講申込書《1枚目》

お申し込み方法：必要事項を記入の上、下記宛先に郵送、FAX、Eメールのいずれかでお申し込みください。

締切は**令和3年7月31日（土）必着**です（郵送の場合は、当日消印有効）

《申込先》 兵庫県健康福祉部感染症等対策室 疾病対策課 がん・難病対策班
郵 送 〒650-8567 神戸市中央区下山手通5丁目10-1
FAX 番号 078-362-9474
Eメール shippeitaisaku@pref.hyogo.lg.jp

私は、募集要項を確認の上、令和3年度兵庫県がんピアサポーター養成研修の受講を申し込みます。 申込日 令和3年 月 日

ふりがな	
お名前	
性別	男 ・ 女
年齢	歳
就労の有無	有 ・ 無
住所	〒
電話番号	
メールアドレス (パソコン)	・ Zoomを用いた研修会に参加する際にメールアドレスが必要です。 当日利用されるメールアドレスをご記入ください。
備考	(研修会受講に際し、配慮が必要なことがございましたらご記入ください。)

※2枚目も忘れずにご記入ください。

令和3年度
兵庫県がんピアサポーター養成研修受講申込書《2枚目》

お名前	
がんの部位	
診断からの 経過年数	約 年
現在の治療の 状況	<input type="checkbox"/> 治療中 <input type="checkbox"/> 治療後・経過観察中
所属団体、 医療機関等での 活動歴	(所属する患者会や、参加している患者サロン、行っているボランティア活動などがあれば、差し支えない範囲でご記入ください。)
ピアサポーター としての 活動可能地域	例：神戸市中央区
志望動機・ エピソード	(がんピアサポーター養成研修に応募した動機や、あなたとがんの関わりを表すエピソードなどを自由にご記入ください。)

※上記の個人情報は、今回の研修会の運営及び今後の貴方のピアサポート活動に際し使用させていただきます。