第２回かながわピアサポーター養成研修会申込書

　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　申込書記入日　　　年　　月　　日

|  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- |
| フリガナ |  | | 生年月 | 西暦　　　年　　月（　　歳） |
| お名前 |  | | 電話番号 |  |
| ご住所 | 〒 | | | |
| メールアドレス | |  | | |
| お立場 | | がん患者・ご家族・ご遺族・医療従事者・行政関係者 | | |
| 「がん患者」と回答された方 | がんの種類〔　　　　　　　　　　　　　　　　〕  診断年〔　　　　　　年〕 | | | |
| ピアサポートの経験 | | あり　　　・　　　なし | | |
| 患者会での活動経験はありますか | | スタッフとして活動・参加者として利用・なし | | |
| がんサロンなどへの参加経験はありますか | | あり　　　・　　　なし | | |
| 本研修会を受講しようと思ったきっかけや、ピアサポートに対する思いなどがございましたらご記入ください | |  | | |
| 研修会に参加するにあたり、配慮してほしいことがありましたらご記入ください | |  | | |

　■応募用メールアドレス：cancer\_health@pref.kanagawa.lg.jp

・申込書をメールに添付して上記メールアドレスに送付してください。

受信後 72 時間以内（土・日祝祭日を除く）に確認メールを差し上げます。

・メールの件名は必ず「かながわがんピアサポーター養成研修申込」としてください。

・申込書以外のファイルの添付はご遠慮ください。

・申込期限：**2024年 ７月19日（金）17時まで**

※本研修は、ご自身ががんの体験があること、もしくは、ご家族や近しい方のがんを共に体験した方であれば、ご家族やご遺族の立場でも受講することができます。治療が終わった方だけでなく、治療中であっても症状が安定し、研修を無理のない範囲で受講できる方であれば、受けていただくことができます。

※研修では、ご自身の体験を語っていただくなど、思い出したり、言葉にしたりすることが辛いと感じることがあるかもしれませんが、スタッフや講師陣もサポートしますので、ご安心ください。

※研修参加者の個人情報は、研修会及びピアサポート活動に際し、使用させていただきます。