**令和6年度　第1回　大阪府がんピア・サポーター養成研修受講申込書**

 申し込み日\*　　　年　　月　　日

私は、募集要項を確認した上で、本研修の受講を申し込みます。

※募集要項確認後、枠内に必ず☑をお願いします　　\*□募集要項を確認しました

　（\*必須項目）

|  |  |
| --- | --- |
| ふりがな\* |  |
| 氏　名\* |  |
| 生年月日　性別\* | **西暦　　　年　　月　　日　性別：□男　□女　□回答しない** |
| メールアドレス\* |  |
| ご住所\* | **〒　　－** |
| 連絡先\* | **（固定電話）****（携帯電話）** |
| がんとの関係\* | **□がん患者 □家族（関係性:　　 ） □遺族（関係性: 　　）****診断された年\*　　　（　　　　　年　　　月頃）****がんの種類・部位\*　（　　　　　　　　　）****現在の治療の状況\*　□治療中　□経過観察中** **□経過観察終了　　□その他** |
| 所属または参加している患者会・がんサロンの有無\* | **□あり　（患者会・サロン名　　　　　　　　　　　　　　）****□なし** |
| ピア・サポーター養成研修受講の有無\* | **□あり　（主催団体/研修会名　　　　　　　　　　　　　）****□なし** |
| ピア・サポーターとしての活動経験有無\* | **□あり　（病院名/患者会名　　　　　　　　　　　　　　）****（活動歴　　　　年　　　　　ヶ月）****□なし** |
| ピア・サポーターとしての活動可能地域\* | **例：府内全域、〇〇市、△△地域等** |
| 大阪府がん診療拠点病院等からの推薦の有無\* | **□あり（推薦書を本申込書と併せてご提出ください）****□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あり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お書きください。 |  |
| **※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、言葉にしたりことが辛いとお感じな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。****※個人情報は、今回の研修運営及び今後の応募者ご自身のピア・サポート活動に際し使用させていただきます。**≪申込先≫　大阪府がん患者サポートセンターE メール：info@gan-support-osaka.jp郵 送　 ：〒541-8567　大阪市中央区大手前3-1-69大阪国際がんセンター　患者交流棟 2F　特定非営利活動法人つながりひろば内 |