大阪府がんピア・サポーター紹介依頼申込書

申込日：　　　　　年　　月　　日

　※は必須記入項目です

|  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- |
| 施設名及び所属※ |  | 担当者名※ |  |
| ご連絡先メールアドレス※ |  |
| がんサロン等の名称※ |  |
| 参加者のがんの部位※ |  |
| 参加予定人数 | 　　　人 |
| 実施希望日時※ | 　　年　　月　　日　　　　　時ごろから　～　　時ごろまで |
| 実施希望場所※ |  |
| 実施希望方法※ | 対面形式・オンライン形式・その他（　　　　　　　　　） |
| 派遣希望人数 | 　　　人 |
| 実施希望内容※（あてはまるものすべてを囲む） | １．活動形態グループ・１対１・その他（　　　　　　　　　　　　　　）２．役割傾聴・自身の体験の共有・その他（　　　　　　　　　　　） |
| 担当者同席有無※ |  |
| 患者さんがピア・サポーターに話したいこと、ききたいこと |  |
| 備考欄 |  |

上記の希望に沿ったピア・サポーターの紹介を依頼します。

送付先:　大阪府がん患者サポートセンター　宛

mail：info@gan-support-osaka.jp