**令和7年度　第1回　大阪府がんピア・サポーターフォローアップ研修受講申込書**

 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。

※募集要項を確認、下記必要事項記載後、枠内に必ず☑をお願いします

　\*□募集要項を確認し、全ての項目に回答しました

|  |  |
| --- | --- |
| 登録番号※ |  |
| 養成研修受講年度 | **令和６年度（　□11月　□２月　）****令和７年度（　□６月　）** |
| ふりがな |  |
| 氏　名 |  |
| 生年月日　年齢　性別 | **西暦　　　　年　　月　　日生　(　　歳)　性別：□男　□女** |
| メールアドレス |  |
| ご住所 | **〒　　　－** |
| 連絡先 | **（固定電話）****（携帯電話）** |
| 大阪府がんピア・サポーター養成研修修了後、現在までのピア・サポータとしての活動回数を教えてください。 | **□　０　回　　　　□　１～５　回　　　□　６　回以上** |
| 活動回数が0回の場合はその理由を、1回以上であれば活動場所をご記入ください |  |
| ピア・サポーターとして活動をするうえで現在困っていることがあればご記入ください。 |  |
| **※登録番号は修了書の左上に記述されています。****※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 |