

平成29年度がんピアサポーター養成講座受講申込書

ふりがな		性 別	生年月日
氏 名		男 女	S・H 年 月 日 (歳)
住 所	〒 —		就労状況
	富山県		有 無
電話番号	電話	— —	
	携帯	— —	
FAX	有 無	FAX番号	— —
立 場	<input type="checkbox"/> がん患者・体験者 <input type="checkbox"/> がん患者の家族（治療状況記載不要）		
がんの種類	胃 大腸 肺 肝臓 乳房 子宮 小児がん（ ） その他（ ）		
現在の治療状況	<input type="checkbox"/> 治療中 <input type="checkbox"/> 治療後（治療後3ヵ月以内） <input type="checkbox"/> 経過観察中（定期受診あり） <input type="checkbox"/> 治療終了（定期受診なし） その他（ ）		
治療医療機関名	病院		
所属患者会など （ある方）			
受講動機 エピソード等	*記載必須 受講動機を別紙用紙に400字程度でお書きください。		
受講後に 行いたい活動	*記載必須		
講座を知った きっかけ	1 病院からの紹介（病院名 ） 2 ホームページ 3 患者会から紹介 4 新聞などマスコミからの情報 5 その他（ ）		

*この申込書に記載いただいた情報は、養成講座実施のため以外には使用いたしません。

- 郵 送：〒930-0094 富山市安住町5番21号 富山県がん総合相談支援センター宛
- TEL：076-432-2970 FAX：076-432-2971