

令和8年度山口県がんピアサポーター養成研修 申し込み用紙

下記、必要事項をご記入の上、令和8年10月30日(金)までに、郵送またはFAXでお送りください。

ふりがな		性別	生年月日
氏名		男・女	年 月 日
住所	〒 — —		
連絡先	電話番号: — — 携帯番号: — — メールアドレス:		
あなたと「がん」との関係	☐ がん患者(現在治療中または治療後の経過観察中) ☐ がん経験者(治療後の経過観察も終了) ☐ がん患者の家族(関係:)		
がんの種類	☐ 胃がん ☐ 大腸がん ☐ 肺がん ☐ 乳がん ☐ 子宮頸がん ☐ その他のがん()		
診断時期	☐ 1年前 ☐ 2年前 ☐ 3年前 ☐ 4年前 ☐ 5年前 ☐ 6年以上前		
治療状況 (治療歴・治療年数)	【回答例】診断後、〇か月間、抗がん剤治療をした		
所属/参加している 患者会やサロン	☐ あり(患者会・サロンの名前:) ☐ なし		
ピアサポーターとしての 活動経験	☐ あり(患者会・サロンの名前:) (活動歴: 年) ☐ なし		
研修は、事前の動画学習と 対面研修(11月21日)の どちらも参加が必要です	☐ どちらも参加可能 ☐ 片方しか参加できない→養成研修を修了したとみなされません		
事前の動画学習は、オンライン 受講か、DVD受講の2つの 方法から選択できます	☐ オンライン受講希望→動画の視聴方法等をご案内します ☐ DVD受講希望 →ご自宅にDVDを郵送します		

【申込用紙送付先】

〒753-8501 山口市滝町1番1号 山口県 健康福祉部 医療政策課
TEL : 083-933-2961 FAX : 083-933-2829