

令和8年度山口県がんピアサポーターフォローアップ研修 申し込み用紙

下記、必要事項をご記入の上、令和8年11月27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()		
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		
ピアサポーターとしての 活動内容 ※活動経験ありと回答した方のみ回答			
自由記載欄 (ピアサポーターとして活動している の悩みごとなど)			
過去にピアサポーター養成研 修を受講したことがある	☐ 受講した(年度受講) ☐ 受講していない→研修に参加できません ☐ 令和8年度ピアサポーター養成研修を受講した→次年度以降の フォローアップ研修を受講してください		

【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