

FAX・郵送で申し込みをされる際は、この申込書をご使用ください

FAX送信先:0857-26-8726
(鳥取県福祉保健部健康医療局健康政策課 がん・生活習慣病対策室 行)
>>応募締切 令和6年12月13日(金)必着<<

令和6年度鳥取県がんピアサポーター養成研修受講申込書

記入日：令和 年 月 日

ふりがな	
氏名	
生年月日	S・H 年 月 日 (歳)
住所	〒 -
電話番号	自宅： 携帯：
メールアドレス	(PCまたは携帯どちらか一つ)
患者・家族の区分	<input type="checkbox"/> 患者本人 <input type="checkbox"/> 患者の家族(続柄：)
がんの部位	
診断時期及び現在の治療状況	がん診断時期： 年 月頃 <input type="checkbox"/> 治療中 <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)(最終定期受診年月： 年 月) <input type="checkbox"/> その他()
所属又は参加したことのある患者会・サロン名	
この研修会を知ったきっかけ	<input type="checkbox"/> 病院からの紹介(病院名：) <input type="checkbox"/> ホームページ <input type="checkbox"/> 患者会からの紹介 <input type="checkbox"/> その他()
★受講動機・エピソード等 ★受講後に行いたい活動等	

～この申込書に記載いただいた情報はがんピアサポーター養成研修事業以外には使用しません～

【お問合せ・受講申込先】

※申込はファクシミリ又は郵送又は「とっとり電子申請サービス(QRコード)」よりお申込みください。

〒680-8570

鳥取県鳥取市東町一丁目220番地

鳥取県福祉保健部健康医療局健康政策課がん・生活習慣病対策室

電話0857-26-7769 FAX0857-26-8726

メール：kenkouseisaku@pref.tottori.lg.jp