

郵送・FAX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

## 令和8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	※連絡が付きやすい番号を記載してください。 自宅: 携帯:
メールアドレス	(パソコン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	

申込期限:令和8年7月24日(金)必着

~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・申込先】

申込は郵送、FAX、申込フォーム(とっとり電子申請サービス)からお申込みください。

【申込フォーム】

〒680-8570 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

