

# ピアサポーター養成研修参加申込書

静岡県対がん協会 御中

平成28年度のピアサポーター養成研修への参加を申込みます。

・申込年月日：平成 年 月 日

氏名	ふりがな：
	男女 (生年月日：昭和 年 月 日)
住所	〒
電話/FAX番号	
E-mail	
がんの病歴	病歴 (○印を) = ・ある ・なし ( ) 病歴ありの場合 部位： 、発病時期： 年 月
職業	勤務所名
	所在地：〒
所属団体	所属団体 (患者会等) 名
	所在地：〒
	電話/FAX：
過去の受講経験 (○を記す)	( )ある ・( )前篇 (26年2月、27年12月 実施) ・( )後篇 (27年2月、28年2月 実施) ( )なし
受講希望 (○を記す)	・( )前篇 (28年12月17日(土) 開講) ・( )後篇 (29年1月28日(土) 開講)

\*\* FAX またはメールでお申込みください。

・FAX 番号：054-245-5655

・E-mail：info@shizuoka-taigan.jp

担当：静岡県対がん協会 事務局 静岡市葵区鷹匠 3-6-3 静岡県医師会館内 Tel / Fax：054-245-5655