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：０８５３－２０－２５４５**

（島根大学医学部附属病院　がん患者・家族サポートセンター）

令和５.６年度**「島根県がんピアサポーター養成研修」受講申込書**

|  |  |  |
| --- | --- | --- |
| ふりがな |  | 年齢 |
| 氏名 |  | 　　　　　歳 |
| がん種 | 　　　　　　　　　　　　　　　　 |
| 就労の有無 | 有　　　　　　　　　無 |
| 　住所 | 〒 |
| 電話番号 |  |
| メールアドレス |  |
| 会場参加 | ZOOM　　会場（会場希望の場合、下記のどれかに〇をしてください）　 |
| 松江　　出雲　　浜田　　益田　　隠岐 |

〇お申込みは、表面の申し込みフォーム（URLまたはQRコード）、FAX、郵送または電子メールでお願いします。

〇電子メールでのお申込みの場合は、上記内容をメール本文に記載してください。

○お申込いただいた後、事務局から連絡させていただく場合があります。

**電話番号は連絡がつきやすい番号を記入してください。**

○申込〆切：**令和6年1月31日（水）必着**です

○この申込書に記載いただいた情報はピアサポーター養成事業以外には使用しません。

【お問合せ・受講申込先】

〒６９３－８５０１

島根県出雲市塩冶町８９－１

　　島根大学医学部附属病院　がん患者・家族サポートセンター〔平日８：３０～１７：００〕

　　　　　　ＴＥＬ／ＦＡＸ　０８５３－２０－２５４５　　メール：gansapo@med.shimane-u.ac.jp