福岡県がんピア・サポーター紹介依頼申込書（医療機関用）

申込日：　　　　　年　　月　　日

　※は必須記入項目です

|  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- |
| 医療機関名及び所属※ |  | 担当者名※ |  |
| ご連絡先  メールアドレス※ |  | | |
| がんサロン等の名称※ |  | | |
| 参加者のがんの部位※ |  | | |
| 参加予定人数 |  | | |
| 実施希望日時※ | 年　　月　　日　　　　　時ごろから　～　　時ごろまで | | |
| 実施希望場所※ |  | | |
| 実施希望方法※ | 対面形式・オンライン形式・その他（　　　　　　　　　） | | |
| 実施希望内容 | 傾聴のみ・傾聴及び個別相談形式・講演等 | | |
| 担当者同席有無※ |  | | |
| 患者さんがピア・サポーターに話したいこと、ききたいこと |  | | |
| 備考欄 |  | | |

上記の希望に沿ったピア・サポーターの紹介を依頼します。

送付先:がん感染症疾病対策課　がん対策係　宛

mail：　[gantaisaku@pref.fukuoka.lg.jp](mailto:gantaisaku@pref.fukuoka.lg.jp)