福岡県がんピア・サポーター紹介依頼申込書（個人用）

申込日：　　　　　年　　月　　日

　※は必須記入項目です

|  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- |
| フリガナ※ |  | 性　別※ | 年齢※ |
| 依頼者氏名※ |  |  |  |
| ご連絡先  メールアドレス※ |  | | |
| 依頼者の立場※ | がん患者又は経験者・がん家族・がん遺族・その他（支援者等） | | |
| がん患者又は経験者の場合がんの部位・治療状況など |  | | |
| 所属する患者会等  （複数可） |  | | |
| 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（　　　　　　　　　） | | |
| 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)