

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○をしてください)	
	松江 出雲 浜田 益田 隠岐	

○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。

○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。

電話番号は連絡が付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