

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8年度「島根県がんピア・サポーター養成研修」受講申込書

※枠内は全てご記入ください。

ふりがな		年齢
氏名		歳 (R8年4月1日現在)
がん種		
住所	〒	
電話番号		
メールアドレス		

○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、事務局からメールにて連絡いたします。メールが届かない場合は、問合せ先までご連絡ください。

**電話番号は連絡がしやすい番号を記入してください。**

○申込〆切：**令和8年4月24日（金）必着**です。

【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](mailto:gansapo@med.shimane-u.ac.jp)