**１．以下の必要事項にご記入ください**。（□内には該当するものに×をつけてください）

|  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- |
| ① | フリガナ |  | 性別 | [ ] 男　[ ] 女 |
| お名前 |  |
| 生年月日 | [ ] 昭和　[ ] 平成　年月日 | 年齢 |      歳 |
| ご住所 | 〒      |       |
|       |
| 電話番号 |       | メールアドレス※携帯不可 |       |
| ② | 勤務先(学校)名称 |       |
| 勤務先(学校)住所 |       |
| ③ | がんとの関連※複数回答可 | [ ] がん患者さんご本人[ ] がん患者さんを直接支えたご家族（ご関係：     ） |
| ④ | がんの種類・部位 | あなたご自身の場合      | 　[ ] 治療中　[ ]  治療後　[ ] その他 |
| 　約     年（間） |
| ご家族の場合      | 　[ ] 治療中　[ ]  治療後　[ ] その他 |
| 　約     年（間） |
| ⑤ | 治療の経過 |       |
| ⑥ | 研修日程（令和3年10月2日（土）、10月16日（土）、10月30日（土）、11月13日（土）、11月20日の計５日間）のすべてに参加できますか。 　[ ] はい 　[ ] いいえ |
| ⑦ | 研修修了後、仕事や生活に支障のない範囲で、県内で開催される「ピア・サポーターズサロンちば」（リモート含む）等で主に平日に活動できる見込みがありますか。　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　 　　[ ] はい 　[ ] いいえ |
| ⑧ | インターネット等での情報収集や添付ファイル付Ｅメールの送受信ができますか。　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　[ ] はい 　[ ] いいえ |
| ⑨ | 特定の治療法、代替療法、健康食品などを推奨することや、特定の政治団体、宗教団体を支持することなどにより、「ピア・サポーターズサロンちば」の円滑な運営に影響を及ぼすことはしませんか。　　　　　　　　 　 　[ ] はい [ ] いいえ |
| ⑩ | 営利目的または営利活動として、患者さんやご家族を支援する団体・個人ではありませんか。　　　　　　　　　　　　　　 　　　　　 　 　[ ] はい 　[ ] いいえ |
| ⑪ | 新型コロナウィルスワクチンを接種する予定ですか（または既に接種しました）。[ ] はい　[ ] いいえ |
| ⑫ | 上記⑪で「いいえ」と回答された方はその理由を記載してください。ここをクリックまたはタップしてテキストを入力してください。 |

**２．応募理由を200から400字程度でお書きください**。

|  |
| --- |
| ここをクリックまたはタップしてテキストを入力してください。 |

**３．ピア・サポート活動や社会活動に参加したことがある方は、下記に活動内容を記入してください。**

|  |
| --- |
| ここをクリックまたはタップしてテキストを入力してください。 |

必要事項を入力の上、メールに添付して、８月2１日(土)までにご応募ください。

受信後72時間以内（土・日祝祭日を除く）に確認メールを差し上げます。

* メールの件名は必ず「千葉県がんピア・サポーター養成研修申し込み」としてください。
* 申込書以外のファイルの添付はご遠慮ください。

応募用メールアドレス：yousei@chiba-cc.jp