

第8回 がん相談員研修 参加申込書

- 申し込み要領：①下記へ必要事項を記入のうえ、FAX 送信してください。
②もしくは、チラシに掲載してある登録フォームからお申し込み下さい。
- 申込締切日：令和2年12月25日(金)（令和3年1月24日(日)9時～WEB研修開催）
- 申込先：福島県立医科大学附属病院がん相談支援センター 担当：渡邊、星、斎藤
TEL：024-547-1088（直通） Email：gsoudan@fmu.ac.jp

F A X : 024-547-1089

ふりがな 氏名			
施設名（所属）			
参加証書送付先	〒	-	（ 施設・自宅 ）
電話・FAX	電話：（ ）	FAX：（ ）	
E-mail	@ ※当日参加のアドレスをご記載下さい		
がん相談経験年数	年	職 種	
国立がん研究センターが実施する相談員研修履歴について（該当部分に○をつけて下さい）			
・基礎研修（1）（2）（3） ・指導者研修 ・指導者フォローアップ研修 ・特になし			
【事前アンケート】 （自由記載）			
① 今年4月より福島県の事業としてアピアランスケア助成事業が始まりましたが、この事業のことはご存知でしたか。またこの事業を案内する上で、困ったことなどはありましたか。			
② その他、がん患者への支援で、福島県として検討頂きたいことがあれば教えてください。			
①			
②			
③ AYA世代に関して、実際に受けている相談件数は月に何件くらいありますか。			
④ AYA世代への支援として、実際に始められた取り組みがあれば教えてください。			
⑤ この研修を通し、聞きたいことや知りたいことはありますか。また実際に相談を受ける中で、困っていることがあれば教えてください。			
③			
④			
⑤			

申込後のキャンセルは、1月15日(金)までに、ご連絡お願いいたします。