第１回　福岡県がんピア・サポーター養成研修

別添１

申込書兼承諾書

**次ページの承諾事項・任意事項についても御記入ください。**

|  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- |
| ふりがな |  | 性別 | 生年月日 |
| 氏名 |  |  | 年　　月　　日 |
| 住所 | 〒　　　　－ |
| 連絡先 | 電話：携帯：メールアドレス： |
| がんとの関係 | □がん患者　（現在治療中又は治療後の経過観察中）□がん経験者（治療後の経過観察も終了）□がん患者の家族（関係：　　　　　）□がん患者の遺族（関係：　　　　　） |
| がんの種類 |  |
| 診断時期 |  |
| 治療状況 |  |
| 治療歴・治療年数 |  |
| 所属または参加（活動）している患者会・サロン及びその連絡先 | □あり（患者会・サロン名：　　　　　　　　　　　　　　）　　　 (連絡先(TEL/E-mail)：　　　　　　　　　　　　　)□なし |
| ピア・サポーター養成研修受講の有無 | □あり（主催団体/研修会名：　　　　　　　　　　　　　　　）□なし |
| ピア・サポーターとしての活動経験 | □あり（患者会・サロン名：　　　　　　　　　　　　　　）　　　 (活動歴：　　　　　　年　　　　　ヶ月)□なし |
| 研修会を知ったきっかけ | □病院からの紹介（病院名：　　　　　　　　　　）□ホームページ　（　　　　　　　　　　）□福岡県のセミナー□紹介　　　　　（紹介元：　　　　　　　　　　）□マスメディア　（　　　　　　　　　　）□その他　　　　（　　　　　　　　　　） |
| オンライン開催時対応可能なWEB会議システム | □ZOOM　□webex　□その他（　　　　　　　　　　）□対応できない |

第１回　福岡県がんピア・サポーター養成研修会　申込書兼承諾書

（承諾事項）

□研修内容のすべてを受講します。（特段の理由がない限り、途中参加、途中退出をした場合は、修了とみなされません。）

□ピア・サポート活動の趣旨を理解し、他者の話をよく聴くことができ、講座のきまりを守ることができます。（他の受講者への迷惑行為が見受けられる場合は、ご退席いただく場合があります。）

□研修において自身(家族)のがんの種類や治療経験などを語り合うことについて、了承します。

□研修修了後は、県内の医療機関、がん患者会・サロン等において、本研修で学んだことを活かし、治療や仕事、生活に支障がない範囲でピア・サポート活動を実践する意欲があります。

□ピア・サポーターとして活動する際には、特定の治療法、代替療法、健康食品の推奨や、特定の政治団体、宗教団体への勧誘を行いません。（受講後にこのような行為が認められた場合、修了者リスト（※１）及び公開リスト（※２）への登録を取消し、修了証及び登録証を返納していただく場合があります。）

□研修修了後、福岡県が管理するリスト（修了者リスト）への登録に同意します。

　※１）修了者リスト：前ページに記載された情報を管理するリストです。

このリストは非公開で、フォローアップ研修実施の連絡時等に利用されます。

□研修修了後は、特段の理由がない限り、福岡県ピア・サポーターフォローアップ研修を原則毎年、少なくとも３年に１度は受講し、スキルの維持・向上を行います。（修了証の有効期限は３年間（初回受講時のみ４年間）です）

（任意事項）

□公開リストへの登録に同意します。

※２）公開リスト：修了者の皆さんを所属又は参加されている患者団体ごとにまとめ、情報を掲載したリストです。（掲載情報：県研修修了者在籍人数、修了者の年代、相談対応可能ながん種、団体連絡先、団体担当者）

※公開リストは、県ホームページに掲載され、ピア・サポートを必要としている方や、講演会や市民講座の講師としてピア・サポーターを必要としている方に対し、研修修了者の皆さんを紹介することに利用されます。