福岡県がんピア・サポーター紹介依頼申込書（医療機関用）

申込日：　　　　５年　　４月　１日

　※は必須記入項目です

|  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- |
| 医療機関名及び所属※ | 福岡がん診療病院 | 担当者名※ | 福岡 |
| ご連絡先メールアドレス※ | xxxxxxxx@xxxx.xxx.xx |
| がんサロン等の名称※ | 福岡がん患者会 |
| 参加者のがんの部位※ | 全てのがん |
| 参加予定人数 | １０人　程度 |
| 実施希望日時※ | 　５年　５月　１日（月）　　13時ごろから　～　15時ごろまで |
| 実施希望場所※ | 福岡がん診療病院　がん相談支援センター　面談室A |
| 実施希望方法※ | 対面形式・オンライン形式・その他（　　　　　　　　　） |
| 実施希望内容 | 傾聴のみ・傾聴及び個別相談形式・講演等 |
| 担当者同席有無※ | あり |
| 患者さんがピア・サポーターに話したいこと、ききたいこと | 当院の患者さんより、抗がん剤の副作用や闘病生活について経験者の方のお話をききたいと希望があっています。 |
| 備考欄 | 紹介されたピア・サポーターの方へ対して交通費の支給は可能ですのでご相談ください。 |

上記の希望に沿ったピア・サポーターの紹介を依頼します。

送付先:がん感染症疾病対策課　がん対策係　宛

mail：　gantaisaku@pref.fukuoka.lg.jp