

本研修会の受講を希望される方は、本書を記載のうえ、「茨城県疾病対策課がん対策推進室」あて、郵送によりお申込みください。（送付先は裏面を参照願います。）

平成 30 年度茨城県がん患者ピアサポーター養成研修会参加申込書

私は、平成 30 年度茨城県がん患者ピアサポーター養成研修会受講者募集要項に記載されている事項について了解のうえ、当研修会に参加を申し込みます。

(ふりがな)				性別 【必須】	男・女
お名前【必須】				年齢 【必須】	歳
生年月日【必須】	昭和・平成	年	月	日	
ご住所【必須】	〒				
連絡先【必須】	電話番号				
	FAX 番号				
	メールアドレス				
所属患者団体名 (所属している 場合)					
がん疾患履歴 【必須】	疾患部位			発症年	
	治療履歴 (該当○ 印)	① 手術(時期:昭和・平成 年 月 ころ) ② 放射線治療(時期:昭和・平成 年 月 ころ) ③ 抗がん剤(名称: ) (時期:昭和・平成 年 月 ころ) ④ その他( )			
	現在の状況 (該当○ 印)	① 完治(治療より5年経過) ② 寛解(病気の症状が、一時的あるいは継続的に軽減した状態 又は 見かけ上 消滅した状態。) ③ 治療中(内容: ) ④ 再発治療中(再発時期:昭和・平成 年 月 ころ) → 現在の状況(治療内容、健康状態など) ( )			
がん患者として ピアサポート活 動に対する思い					
活動可能な 拠点病院【必須】 (該当○印)	① 茨城県立中央病院 ② 水戸医療センター ③ 日立製作所日立総合病院 ④ 日立製作所ひたちなか総合病院 ⑤ 土浦協同病院 ⑥ 筑波大学附属病院 ⑦ 筑波メディカルセンター病院 ⑧ 東京医科大学茨城医療センター ⑨ 友愛記念病院 ⑩ 茨城西南医療センター病院 ⑪ 小山記念病院				

※ 各病院の窓口開設日時等については、裏面を参照願います。

※ 実際に活動する窓口については、研修会終了後改めて調整させていただきます。

以上に記載いただいた情報は、本研修会の実施のため以外には使用いたしません。

ピアサポート相談窓口開設日時

病院名（窓口名称）	所在地	開設日時
①茨城県立中央病院 （かさま窓口）	笠間市鯉淵 6528	第2・4金曜日 13:00～15:30
②国立病院機構水戸医療センター （みと窓口）	東茨城郡茨城町桜の郷 280	第3金曜日 13:00～15:30
③日立製作所日立総合病院 （ひたち窓口）	日立市城南町 2-1-1	毎週木曜日 13:00～15:30
④日立製作所ひたちなか総合病院 （ひたちなか窓口）	ひたちなか市石川町 20-1	第1火曜日 13:00～15:30
⑤土浦協同病院 （つちうら窓口）	土浦市おおつ野 4-1-1	第1月曜日 13:00～15:30
⑥筑波大学附属病院 （筑波大学窓口）	つくば市天久保 2-1-1	第1火・木曜日 13:00～15:30
⑦筑波メディカルセンター病院 （つくば窓口）	つくば市天久保 1-3-1	第3木曜日 13:30～15:30
⑧東京医科大学茨城医療センター （あみ窓口）	稲敷郡阿見町中央 3-20-1	第2・4水曜日 13:00～15:30
⑨友愛記念病院 （こが窓口）	古河市東牛谷 707	第4金曜日 13:00～15:30
⑩茨城西南医療センター病院 （さかい窓口）	猿島郡境町 2190	第1木曜日 13:00～15:30
⑪医療法人社団善仁会 小山記念病院 （かしま窓口）	鹿嶋市厨 5-1-2	第4火曜日 13:30～15:30

※ 上記の内容は平成30年9月1日現在のものです。開設日時等は今後変更となる場合があります。

【申込書送付先】

〒310-8555 水戸市笠原町 978 番 6

茨城県保健福祉部疾病対策課 がん対策推進室 永山

TEL：029-301-3224/FAX：029-301-3239

E-mail：yobo2@pref.ibaraki.lg.jp