相談支援部会長（都道府県）記入用

年　　月　　日

**推　薦　書**

国立研究開発法人国立がん研究センター　理事長 殿

　以下の者をがん相談支援センター相談員指導者研修の受講者として推薦します。

受講者より還元される学習内容を活かし、都道府県内におけるがん相談員教育の取り組みを推進します。

都道府県

所属（役職）

記入者氏名　　　　　　　　　　　　　　　　　印

記

１．受講希望者

受講希望者の施設名・氏名を記載してください。

|  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- |
| チーム代表者 | 1 | 施設名 |  |
| 氏名 |  |
|  | 2 | 施設名 |  |
| 氏名 |  |
|  | 3 | 施設名 |  |
| 氏名 |  |

２．推薦理由（都道府県内の相談員教育の現状や課題、研修に際し期待することなど）

３．現在の研修企画担当者

現在、都道府県内におけるがん相談員研修の企画に参画している者（※）の施設名・氏名を記載してください。

**※　参画期間が半年以上を経過しており、かつ今後も継続参画見込みである者に限る**

**※　がん相談支援センター相談員指導者研修を受講していなくても、各都道府県で実施される相談員研修の企画・運営に携わっていただくことは可能です。**

↓都道府県がん診療連携拠点病院所属者に○をつけてください

|  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- |
|  | 1 | 施設名 |  |
| 氏名 |  |
|  | 2 | 施設名 |  |
| 氏名 |  |
|  | 3 | 施設名 |  |
| 氏名 |  |
|  | 4 | 施設名 |  |
| 氏名 |  |
|  | 5 | 施設名 |  |
| 氏名 |  |
|  | 6 | 施設名 |  |
| 氏名 |  |
|  | 7 | 施設名 |  |
| 氏名 |  |
|  | 8 | 施設名 |  |
| 氏名 |  |
|  | 9 | 施設名 |  |
| 氏名 |  |
|  | 10 | 施設名 |  |
| 氏名 |  |