**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びを生かし、都道府県内におけるがん相談員向け教育を推進します。

|  |  |
| --- | --- |
| 都道府県 |  |
| 所属 |  |
| 所属先役職 |  |
| 相談支援部会長等役職名 |  |
| 相談支援部会長等氏名 |  |

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**

都道府県内のがん相談員研修の企画・運営に参画している者の施設名・氏名を記載してください。

**※　相談員指導者研修は、都道府県内の相談員研修の企画・運営に半年以上の参画期間があること、受講後も継続して企画・運営に携わる見込み、意欲がある者、等を応募の要件としております。**2023年度は、半年以上参画していなくても応募を認めますが、2024年度からは必須とします。研修内容の理解を深めるために、受講対象者が相談員研修の企画・運営に参画できるよう予めご計画ください。

**↓**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

|  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- |
| 〇 | 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 |  |