

## 日本癌治療学会「認定がん医療ネットワークナビゲーター」 受講費用補助についての取り決め事項

### 対象者

①がん患者とかかわりを持っている組織または団体に属しているピアサポーターであり、その所属長からの推薦状を提出できる方で<sup>(※1・2・3・4参照)</sup>、かつ、資格習得後、ピアサポーターとして北海道がん総合相談支援センターでの活動に協力（ボランティアでの活動協力になります）していただける方。ピアサポーターとはがん経験者本人の事をさします。

ただし、以下のような組織または団体の所属者は認めません。

- ・特定の治療法、代替療法、健康食品等を推奨する団体
- ・特定の政治団体、宗教団体を支持する団体
- ・その他、北海道がんセンターが不適切であると認める団体

②個人のメールアドレスを取得している事、及びセミナー参加費等のカード決済ができること。

③対象人数は、上半期・下半期それぞれ10名程度づつ（年間20名程度）の募集とし、応募者多数の場合は選考とさせていただきます。eラーニングの受講期間の期限は特にありませんが、費用のお振込みは資格申請後になります。

応募期間：上半期 4月1日～4月30日まで。選考結果は5月上旬に各個人へご連絡します。

下半期 10月1日～10月31日まで。選考結果は11月上旬に各個人へご連絡します。

※1 「北海道がん患者連絡会」に加入していない組織または団体については、活動内容等について資料をご提出して頂く場合があります。

※2 全国区の組織または団体で、支部がある場合は、所属している支部長の推薦状で結構です。

※3 組織または団体の所属長自身が受講費補助を希望する場合は推薦状は不要です。申込書の「その他」の欄に「所属長」と記載してください。

※4 組織または団体に所属していないピアサポーターであっても、「北海道がん患者連絡会」に個人会員として加入している方は所属長の推薦状がなくても受講費補助が可能です。申込書の「所属団体名」の欄に「北海道がん患者連絡会」と記載してください。

### 資格取得・受講費補助の手順

①希望者は、応募期間内に北海道がんセンター がん相談支援情報室へ FAX・郵送またはメール（[peersupport@sap-cc.go.jp](mailto:peersupport@sap-cc.go.jp)）で申請書と推薦書にて申し込みをして下さい。後日、選考結果のご連絡があります。

②受講費用補助可能の連絡を受け取った方は、日本癌治療学会のホームページより利用者登録を行って下さい。またこちらから振込先用紙を送りますので、必要事項記載の上、折り返しご連絡下さい。

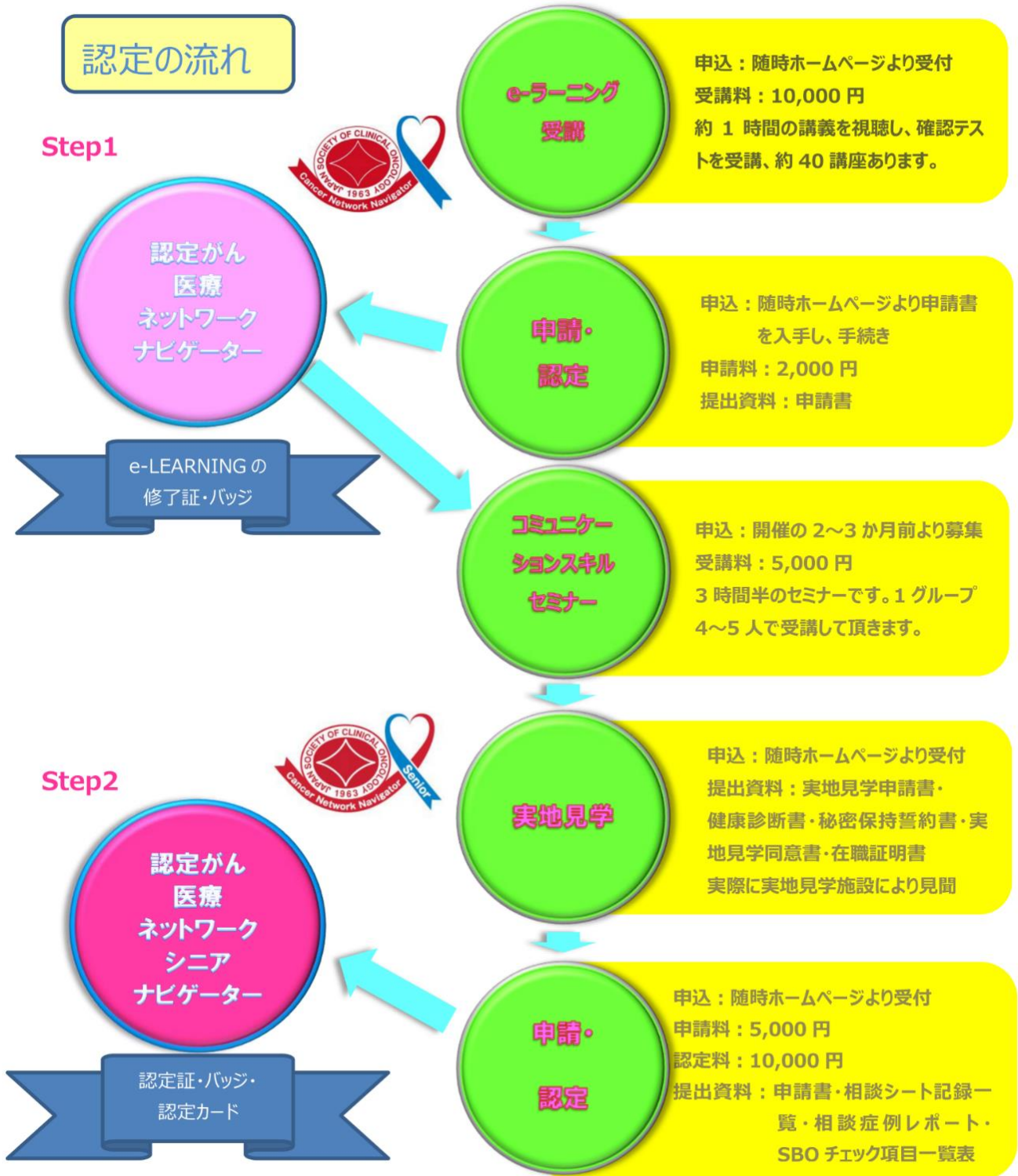
※日本癌治療学会ホームページ：<http://www.jsco.or.jp/jpn/>

※地域医療ネットワーク施設名は「所属している」を選択し、「北海道がんセンター 北海道がん総合相談支援センター」で登録して下さい。

- ③引き続き「認定がん医療ネットワークナビゲーター」の申し込みをし、受講を開始して下さい。
- ※カード決済した費用（eラーニング受講料：税込 10800 円）は日本癌治療学会事務局へ領収書を依頼して下さい（宛名は本人名で依頼して下さい）。
- ④eラーニング終了後、申請手続きを行い、申請料を支払って下さい。
- ※カード決済した費用（申請料：税込 2160 円）は日本癌治療学会事務局へ領収書を依頼して下さい（宛名は本人名で依頼して下さい）。
- ※申請用紙の「所属施設」は「北海道がんセンター」、「部署」は「北海道がん総合相談支援センター」と記載して下さい。
- ⑤申請手続き終了後、申請日と領収書（受講料と申請料）を北海道がんセンター がん相談支援情報室へ提出して下さい。必要書類確認後、受講料と申請料を指定の口座へ振り込みます。必要書類が確認できない場合はお振り込みができない場合もございますのでご注意ください。
- ⑥日本癌治療学会より申請結果がでたら北海道がんセンター がん相談支援情報室まで連絡して下さい。（認定には委員会での審査後、理事会での承認が必要となるため時間を要します）
- ⑦さらに上の資格の「認定がん医療ネットワークシニアナビゲーター」を希望する場合、受講料（税込 5400 円）、申請料（税込 5400 円）、認定料（税込 10800 円）については一部補助を検討していますが、コミュニケーションスキルセミナー（年1～2回、道外で開催）受講のための旅費、及び実地研修（北海道がんセンターを予定）の交通費の負担、対象人数等については現在調整中です。ご希望の方は申請前にご相談ください。
- ⑧この運用は平成 30 年 4 月からといたします。

# 認定の流れ

日本癌治療学会ホームページより抜粋



# 「認定がん医療ネットワークナビゲーター」受講費用補助申込書

FAX:011-824-2706

メール:peersupport@sap-cc.go.jp

申請月日 年 月 日

|                          |                       |
|--------------------------|-----------------------|
| フリガナ                     |                       |
| 名前                       |                       |
| 生年月日                     | 西暦( )年( )月( )日 ( )歳   |
| 住所                       | 〒                     |
| 電話&FAX                   |                       |
| メールアドレス                  |                       |
| 所属団体名                    |                       |
| 受講開始予定日                  | 年 月 日 予定              |
| がんの部位(病名)                |                       |
| 治療状況                     | 治療前 ・ 治療中 ・ 治療後( 年経過) |
| 認定がんシニアナビゲーター<br>申請予定の有無 | 有 ・ 無 ・ 未定            |
| その他                      |                       |

※いただいた個人情報は登録のためだけに使用させていただきます。

|           |       |
|-----------|-------|
| 事務局記入欄    |       |
| eラーニング終了日 | 年 月 日 |
| 申請日       | 年 月 日 |
| 認定番号      |       |
| 認定日       | 年 月 日 |

