「認定がんネットワークナビゲーター」

資格取得費用助成申請及び同意書

2025年　　月　　　日

申請者

|  |  |
| --- | --- |
| 会員番号 |  |
| 会員氏名 |  |
| 所属機関名 |  |
| 電話番号 |  |
| メールアドレス |  |

受講情報

|  |  |
| --- | --- |
| 受講予定日 | 2025年　　月　　日 |
| 受講修了予定日 | 2025年　　月　　日 |

【同意書】

私は、北海道医療ソーシャルワーカー協会「認定がんネットワークナビゲーター」資格取得費用助成金の交付申請を行うに当たり、次のことについて同意します。

１ 資格取得後、地域のがん相談支援に関する活動に参加すること

２ 資格を取得した旨の情報を会長ががん診療連携拠点病院等に提供する場合があること

３ 特段の事情なく長期間１及び２に係る協会の協力要請に応じない場合は、助成金を返納する場合があること。

氏名（本人自署）