[2017年ホスピス緩和ケア週間に関する連絡用紙]

FAX　日本ホスピス緩和ケア協会 事務局行：0465-81-5521

【申込者】　送信日：　年　月　日

施設名		当てはまる項目全てに☑をつけて下さい。 ☐日本ホスピス緩和ケア協会会員　☐がん診療連携拠点病院 ☐日本緩和医療学会会員　☐日本死の臨床研究会会員 ☐いずれにも所属していない	
氏　名			
部署・肩書き			
連絡先	〒		
TEL		E-Mail	

【①資料申込】

チラシ：　部

【②企画登録】 ホスピス緩和ケア週間の活動に参加し、以下の内容で催しを開催いたします。

企画登録の際はこちらのみ記入して送信

企画名称		主　催	
開催日程		開催場所	
対 象 者	☐一般市民　☐医療関係者　☐患者・家族　☐その他（　）		
企画に関する問い合わせ先（担当者）	申込者と異なる場合はご記入下さい		
企画の内容 ※案内チラシ・企画書を添付していただいても結構です	案内ホームページがございましたらアドレスをお書き下さい。		

【③実施報告】 催しを終了したので報告いたします。　送信日：　年　月　日

企画終了後、企画登録と一緒に送信

参加人数	名　[内訳]一般： その他(職種別)：
当日の様子：	
	※ホームページに掲載可能な写真があれば添付して下さい
報告者	所　属：　氏　名：