[2019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 □その他（ ）	
氏 名			
部署・肩書き			
連絡先	〒		
TEL		E-Mail	

【①資料申込】

ポスター： 部	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（当てはまるものすべてにチェック） ※案内チラシ・企画書があれば添付して下さい

□講演会・セミナー等(一般対象) □セミナー・研究会等(医療者対象) □パネル展示
□パンフレット・グッズ配布 □相談コーナーの設置 □病棟見学会
□体験コーナーの設置 □茶会・カフェ □遺族会・家族会
□コンサート・演劇等 □上映会（DVDなど） □その他［ ］

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：