

# 認 証 申 請 書

申請日 年 月 日

特定非営利活動法人 日本ホスピス緩和ケア協会  
理事長 志真 泰夫 殿

申請者 施設名  
所在地〒

代表者 印

貴協会の「緩和ケア病棟における質向上の取り組みに関する認証制度」の規定により、下記の通り申請いたします。

記

## 申請に関する連絡担当者

施設名			
住所	〒		
ふりがな 氏名			
所属部署		役職	
電話番号		FAX 番号	
E-mail			

## 認証基準に関する申請（該当事項に○をつけて下さい）

項目			該当に○
1	施設概要・利用状況等に関する調査 [協会 2021 年 4 月・2022 年 4 月実施]	調査の回答必須項目に全て回答し、 結果の公表に同意していること	
2	自施設評価共有プログラム [協会 2021 年 9 月実施]	自施設評価を実施し、その結果として 3 点の資料を協会へ提出している こと	
3	遺族調査 ※①・②どちらかの要件を満た していれば申請可能です	①J-HOPE4 受審	2018 年の調査に参加し、結果報告を 受けていること
		②インターネット 遺族調査参加	遺族に調査票を送付後、[ 2021/4/1～ 2022/9/30 ]の期間に 5 名以上より回 答を得ていること
			(要資料添付)