

ご入会にあたって

2019年4月

1. 入会の手続き

ご入会の際は、以下の書類を協会事務局までお送り下さいますようお願い申し上げます。

◆一般病院・診療所・訪問看護ステーションの場合

- ①「入会申込書」
- ②「施設概要」
- ③「緩和ケアに関する資料」
- ④ 貴施設に関する資料（パンフレット等）

2. 支部活動

協会では、年1回、総会やシンポジウムなどを中心とする年次大会を開催しているほか、教育に関するセミナーや施設間の交流等を、支部としても行っております。

ご入会いただいた際には、入会申込書の情報（施設名・連絡先・連絡担当者名）を支部事務局にお知らせし、支部で大会やセミナーなどが開催される際には、支部事務局よりご案内が發送されますのでご了承下さい。

なお、個人情報につきましては各支部において厳重な名簿管理のもと、会報發送や各種ご案内など支部活動のみに使用させていただきます。各支部事務局は下欄をご参照下さい。

支部名	支部事務局（2019年4月1日現在）	支部名	支部事務局（2019年4月1日現在）
北海道支部	KKR 札幌医療センター	近畿支部	国家公務員共催組合連合会 六甲病院 (支部大会は持ち回りで運営)
東北支部	岩手医科大学附属病院	中国支部	岡山済生会総合病院
関東甲信越支部	つくばセントラル病院 (支部大会担当) 愛和病院	四国支部	松山ベテル病院
東海北陸支部	聖隷三方原病院	九州支部	社会医療法人栄光会 栄光病院

3. ホームページについて

協会では、ホスピス緩和ケアの利用を考えていらっしゃる患者さんやご家族、医療者への情報提供を目的として、ホームページ (<https://www.hpcj.org>) を運営しております。

リンク可能なホームページをお持ちでしたら、入会申込書にアドレスをご記入下さい。ホームページに掲載している会員名簿からリンクを張らせていただきます。

また、ホームページには会員専用ページを設けており、正会員施設に行っている調査結果などを掲載しております。入会手続きが完了しましたら、登録通知と共にID・パスワードをお送りいたします。

4. メールアドレスの登録

協会事務局からの連絡は、主に郵便を利用しておりますが、正会員に限り、メールアドレスをご記入いただいた連絡担当者宛に、Eメールでも情報を配信させていただきます。

病院などで迷惑メールの拒否設定などをされている場合は、「@hpcj.org」からのメールを受信できるよう、設定していただきますようお願いいたします。

5. 年会費

入会申込書が事務局に届きましたら、理事長の承認を得た後に、年会費のお振り込みに関するご案内をお送りいたします。ご案内に記載された期日までのお振り込みをお願い申し上げます。会計年度は5月～翌年4月末日となっておりますのでご了承下さい。

その他、ご不明な点などございましたら、事務局までお問い合わせ下さい。

(施設・団体用)

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 住所 〒
込
者 氏名



ホスピス緩和ケア協会正会員・準会員入会申込書

貴協会の趣旨に賛同し、（ 正会員 ・ 準会員 ）として入会します。

ふりがな 施設名			
代 表 者	役 職		
	ふりがな 氏名		
	E-M a i l		
ふりがな 所 在 地	〒		
	ホームページアドレス：		
電 話 番 号	TEL	FAX	
連 絡 担 当 者	所属部課名		役 職
	E-M a i l		
	ふりがな 氏名		
会 員 区 分	正会員 ・ 準会員 （どちらかに○印）		
紹 介 者			

※ 個人に関する情報につきましては、各支部において厳重な名簿管理のもと、会報発送や協会関連の各種ご案内のみに使用させていただきます。

事 務 局	年 月 日書類受付	年 月 日会費請求	理 事 長	年 月 日
	年 月 日通知発送	年 月 日入金確認		承 認 ・ 非承認

(クリニック・診療所用)

施設概要

特定非営利活動法人 日本ホスピス緩和ケア協会

開設者			
施設・団体名			
開設日	年 月 日		
管理者	理事長：	病院長：	
	事務長：	看護部長：	
	緩和ケア責任医師： E-Mail：	役職：	
	緩和ケア責任看護師：		
敷地面積	m ²	延床面積	m ²
病床数	床 (一般 床・)		
受動喫煙防止対策	敷地内禁煙： 有 ・ 無		敷地内屋外喫煙場所設置： 有 ・ 無
常勤職員	名 (医師 名、看護師 名、その他 名)		
標榜科目	(計 科)		
特色 (理念)			
沿革			
備考	指定・加算の算定があれば点 <input type="checkbox"/> 在宅療養支援診療所 <input type="checkbox"/> 有床診療所緩和ケア診療加算 <input type="checkbox"/> 機能強化型在宅療養支援診療所 <input type="checkbox"/> 在宅緩和ケア充実診療所加算(強化型) <input type="checkbox"/> 在宅専門診療所(強化型・通常型)		

※特色と沿革につきましては、資料を添付していただいても結構です。

(クリニック・診療所用)

緩和ケアに関する資料

1. 構成メンバーを下欄にご記入下さい。

(※ 「専従」はその業務に80%以上の勤務時間従事している常勤職員とします。)

① 医師	専従： 名	兼務： 名	非常勤： 名
内 緩和医療専門医：	名、緩和医療認定医：	名、緩和医療暫定指導医：	名
② 看護師	専従： 名	兼務： 名	非常勤： 名
内 がん看護専門看護師：	名、緩和ケア認定看護師：	名、がん性疼痛看護認定看護師：	名
	在宅看護専門看護師：	名、訪問看護認定看護師：	名
③ 事務員	専従： 名	兼務： 名	非常勤： 名
④ その他の職種 (ボランティアを含む)	専従： 名	兼務： 名	非常勤： 名
	内訳		

2. 貴施設における緩和ケアに関する活動について下欄にご記入下さい。

(※ 訪問看護・訪問介護・ディサービスについては併設施設を含みます)

1日の平均外来診療数	名	1日の平均訪問診療数	名
在宅がん患者看取り実数/年	名	在宅がん以外患者看取り実数/年	名
がん患者診療実数/年	名	がん以外患者診療実数/年	名
在宅診療	有・無	担当：	実施日：
訪問看護 ※	有・無	担当：	実施日：
訪問介護 ※	有・無	担当：	実施日：
ディサービス ※	有・無	担当：	実施日：
緊急時の訪問 診療体制			
近隣施設との 連携			
その他の活動について			
※パンフレット等ありましたら添付して下さい。			

研修の受け入れ	有・無	受入職種に○をつけて下さい	
		医師	看護師

3. 下記に関する問い合わせ先をご記入下さい。

	利用問い合わせ	見学・研修等の問い合わせ
担当部署・担当者		
電話/FAX 番号		