

ご入会にあたって

2024年9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 貴院に関する資料（パンフレット等）

2. 支部活動

協会では、総会（年1回）、各委員会主催のセミナー（不定期）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、入会申込書の情報（施設名・連絡先・連絡担当者名・メールアドレス）を支部事務局にお知らせし、支部主催の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（2024年4月1日現在）	支部名	支部事務局（2024年4月1日現在）
北海道支部	ホームケアクリニック札幌	近畿支部	淀川キリスト教病院 （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	愛和病院	四国支部	四国がんセンター
東海北陸支部	石川県済生会金沢病院	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。

病院ホームページへのリンクをご許可いただける場合は、入会申込書にURL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、協会ホームページには会員専用ページを設けており、正会員施設に毎年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郵送の他、主にメールで行っております。正会員にはメールアドレスをご記入いただいた連絡担当者宛に、Eメールで情報を配信させていただきます。

メールサーバーやメールアプリで迷惑メールの拒否設定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 安保 博文 殿

申 住所 〒
込
者 氏名

印

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		
ふりがな 所 在 地	〒		
	ホームページアドレス： (会員名簿からのリンク用)		
電 話 番 号	TEL	FAX	
連 絡 担 当 者 (協会主催のセミナーや調査依頼等のご案内先)	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 (無記入可)			

※ 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

【施設概要】

開設者			
施設・団体名			
管理者	理事長：	病院長：	
	事務長：	看護部長：	
	緩和ケア責任医師：	役職：	
	緩和ケア責任看護師：	役職：	
敷地面積	m ²	延床面積	m ²
病床数	床（一般 床・ ）		
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*			
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		
備考 指定があればし点	<input type="checkbox"/> がん診療連携拠点病院[<input type="checkbox"/> 国指定・ <input type="checkbox"/> 都道府県指定] <input type="checkbox"/> 地域医療支援指定病院		

※特色と沿革につきましては、パンフレットなどの資料を添付していただいても結構です。

看護師	専従： 名	所属：
	専任： 名	所属：
薬剤師	専従： 名	専任： 名
その他の職種 ※職種と人数をご回答 下さい	専従	職種(人数)：
	専任	職種(人数)：
	兼任	職種(人数)：

3. 外来・在宅診療部門において緩和ケアを提供していますか 【 いる ・ いない 】

いるとお答えの場合は、以下の項目についてご記入下さい。(※ 併設施設を含む)

緩和ケア外来	有・無	名称：	実施頻度： 日／週
	1日平均外来患者数		名
在宅診療※	有・無	担当：	実施頻度： 日／週
訪問看護※	有・無	担当：	実施頻度： 日／週
近隣施設との連携			
受入れがん患者数	年間	名	

4. 1～3以外に緩和ケアに関する活動を行っている場合は、下欄にお書き下さい

--

5. 研修の受け入れについてお書き下さい

研修の受け入れ について	有・無	受入職種に○をつけて下さい
		医師 ・ 看護師 ・ その他 ()

6. 緩和ケアに関する問い合わせ先をご記入下さい

	入院・診療等の問い合わせ	見学・研修等の問い合わせ
連絡先部署		
担当者氏名		
電話/FAX 番号		