

ご入会にあたって

2017年8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発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、会報発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（2017年4月1日現在）	支部名	支部事務局（2017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	医療法人惇慧会 外旭川病院	中国支部	岡山済生会総合病院
関東甲信越支部	ピースハウスホスピス教育研究所	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 (<http://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-Ma 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-Ma 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

【 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：
	E-Mail：		
管 理 者	緩和ケア責任看護師：		
	E-Mail：		
敷地面積	㎡	延床面積	㎡
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：
ソーシャルワーカー	専従： 名	専任： 名
その他の職種 ※専従か専任かについて ○印をおつけ下さい	専従（ 名）・専任（ 名）	職種：
	専従（ 名）・専任（ 名）	職種：
	専従（ 名）・専任（ 名）	職種：

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：	実施日：
	1日平均外来患者数		名
在宅診療 ※	有 ・ 無	担当者：	実施日：
訪問看護 ※	有 ・ 無	担当者：	実施日：
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		