

[2017年ホスピス緩和ケア週間に関する連絡用紙]

F A X

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 <u>全て</u> に☑をつけて下さい。 <input type="checkbox"/> 日本ホスピス緩和ケア協会会員 <input type="checkbox"/> がん診療連携拠点病院 <input type="checkbox"/> 日本緩和医療学会会員 <input type="checkbox"/> 日本死の臨床研究会会員 <input type="checkbox"/> いずれにも所属していない		
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に記入して送信	企画名称		主催	
	開催日程		開催場所	
	対象者	<input type="checkbox"/> 一般市民 <input type="checkbox"/> 医療関係者 <input type="checkbox"/> 患者・家族 <input type="checkbox"/> 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	※案内チラシ・企画書を添付していたいても結構です 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：