

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	
	所属部課名	役職	
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)	E-Mail		
	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（訪問看護ステーション用）

特定非営利活動法人 日本ホスピス緩和ケア協会

開設者	
施設名	
開設日	
特色 沿革等	※資料を添付していただいても結構です。

構成メンバー（専従は業務に80%以上関わっている方をご記入下さい）

①看護師	専従： 名	兼務： 名	非常勤： 名
②保健師	専従： 名	兼務： 名	非常勤： 名
③准看護師	専従： 名	兼務： 名	非常勤： 名
④その他の 職種			
利用者	一日平均利用者数 名		
	年間利用者実数 名（内がん患者数 名）		
緊急時の 体制			
併施設 との連携	訪問診療	有・無	実施日：
	訪問介護	有・無	実施日：
	ディサービス	有・無	実施日：
近隣施設 との連携			
備考			

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	研修等の問い合わせ
部署・担当者		
電話/FAX番号		

※パンフレット等ありましたら添付して下さい。