

(団体用)

平成 年 月 日

「ホスピス緩和ケア・ネットワーク福岡」殿

ホスピス緩和ケア・ネットワーク福岡 賛助会員登録申請書

本会の趣旨・会則に賛同し、賛助会員（団体）として登録します。

(新規 変更手続き)

フリガナ				印
法人・団体名				
フリガナ				
代表者名				
連絡先	〒			
	TEL		FAX	
担当者	所属 部課名		役職	
	フリガナ			
	氏名			
	担当者 TEL		担当者 FAX	
資料 送付先	〒			上記住所と異なる場合はご記入ください
年会費	□ 数: () □ × 5,000円 = 円 4口以上でお願いします			
ホームページへの 名簿掲載について	掲載を希望されない項目がございましたら、下欄にお書き下さい 諾 ・ 否 { }			

【ご連絡いただいた情報につきましては、事務局において厳重な名簿管理のもと、
本会関連の各種ご案内のみに使用させていただきます。】

上記の申請書に必要事項をご記入の上、原本を下記、事務局宛にご郵送ください。

申請書受領後、その後の手続きに関しまして、事務局よりご連絡申し上げます。

受領No. _____
事務局 受領年月日 _____ 年 _____ 月 _____ 日
幹事会 承認年月日 _____ 年 _____ 月 _____ 日

「ホスピス緩和ケア・ネットワーク福岡」事務局
〒811-2232 福岡県糟屋郡志免町別府西 3-8-15 栄光病院
NPO法人栄光ホスピスセンター内(担当:居嶋・後藤)
TEL&FAX:092-931-2124
E-mail: eikoh-hc@nifty.com