

(個人用)

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 個人会員登録申請書

本会の趣旨・会則に賛同し、個人会員として登録します。

(新規 変更手続き)

フリガナ				
申込者氏名				印
連絡先	〒 ( 自宅 ・ 所属先 )			
	TEL	FAX		
	E-Mail:			
所属先	施設名	( 部署 )		
	住所	〒		
	役職		職種	

【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な事項をご記入の上、**原本を下記、事務局宛にご郵送ください。**  
申請書受領後、その後のお手続きに関しまして、**事務局よりご連絡申しあげます。**

事務局使用欄: 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](mailto:eikoh-hc@nifty.com)