

(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 賛助会員登録申請書

本会の趣旨・会則に賛同し、賛助会員（個人）として登録します。

( 新規 変更手続き )

フリガナ				印
申込者氏名				
連絡先	〒			( 自宅 ・ 所属先 )
	TEL	FAX		
所属先	施設名	( 部署 )		
	住所	〒		
	役職		職種	
年会費	□ 数: ( ) □ × 5,000円=			円 一口以上
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、その後のお手続きに関しまして、事務局よりご連絡申し上げます。

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)