

(施設会員用)

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 施設会員登録申請書

本会の趣旨・会則に賛同し、施設会員として登録します。

( 新規 変更手続き )

フリガナ				印
施設名				
代表者	役職			
	フリガナ			
	氏名			
所在地 連絡先	〒			
	ホームページ: (URL)			
	E-mail:			
	TEL	FAX		
連絡担当者	所属 部課名		役職	
	フリガナ			
	氏名			
	担当者 TEL		担当者 FAX	
	担当者 E-mail			
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](mailto:eikoh-hc@nifty.com)