

NPO法人高知緩和ケア協会 入会申込書

□内は該当するものに をお付け下さい。

(※ は必須記入。)

※申込日 西暦 年 月 日		※連絡希望先 <input type="checkbox"/> 自宅 <input type="checkbox"/> 勤務先	
フリガナ ※氏名		* 緩和ケアに携わる方は所属する医療現場をお教え下さい。 <input type="checkbox"/> 緩和ケア病棟 <input type="checkbox"/> 医療連携 <input type="checkbox"/> 緩和ケアチーム <input type="checkbox"/> 一般病床他 <input type="checkbox"/> 在宅ケア分野	
職種	■医療職	西洋医学系 <input type="checkbox"/> 医師 (科目:) <input type="checkbox"/> 歯科医師	
		東洋医学系 <input type="checkbox"/> 鍼灸師 <input type="checkbox"/> 整体師 <input type="checkbox"/> ()	
		看護系 <input type="checkbox"/> 看護師 <input type="checkbox"/> 助産師 <input type="checkbox"/> 保健師 <input type="checkbox"/> 看護教員 <input type="checkbox"/> 養護教員	
		[看護における専門分野()資格: <input type="checkbox"/> CN <input type="checkbox"/> CNS]	
		介護・福祉系 <input type="checkbox"/> 介護福祉士 <input type="checkbox"/> 社会福祉士 <input type="checkbox"/> ケアマネージャー <input type="checkbox"/> 介護ヘルパー	
		薬学系 <input type="checkbox"/> 薬剤師 <input type="checkbox"/> 製薬会社勤務 <input type="checkbox"/> その他()	
		臨床心理系 <input type="checkbox"/> 臨床心理士 <input type="checkbox"/> カウンセラー <input type="checkbox"/> その他()	
	理学療法系 <input type="checkbox"/> 理学療法士 <input type="checkbox"/> 作業療法士 <input type="checkbox"/> 言語療法士 <input type="checkbox"/> 音楽療法士 <input type="checkbox"/> その他()		
■他職種 ■一般	職種 <input type="checkbox"/> () <input type="checkbox"/> 宗教家・チャプレン		
	<input type="checkbox"/> 市民 <input type="checkbox"/> ホスピスボランティア <input type="checkbox"/> 学生		
勤務施設名			
連絡先 (※希望される所)			
自宅		TEL	
〒		FAX	
		E-Mail	@
勤務先		代表TEL	
〒		直通TEL	
		FAX	
		E-Mail	@

事務局記入欄

特定非営利活動法人 高知緩和ケア協会

〒781-8121 高知市葛島1-9-50 高知厚生病院内

TEL:080-4039-1579/FAX:088-813-0243