

特定非営利活動法人 全国在宅医療推進協会 入会申込書

在宅医療と在宅ケアに従事されている医師・歯科医師、およびコ・メディカル、介護に携わる方、当協会のサポートをしていただける団体・企業の方がご入会対象です。共に在宅医療と在宅ケアの調査・研究、啓蒙・普及・推進を目的にご賛同いただける入会希望者は下記申込書にご記入の上郵送又はFAX：03-5433-5527にて事務局までお送り下さい。

会費は、正会員の医師・歯科医師は年間10,000円、コメディカル・福祉関係者・行政・研究者・一般市民の会員は年間5,000円、法人・団体会員は一口50,000円以上何口でも可。（入会金は無し）

●申込日		年	月	日	*事務局記入欄
フリガナ 氏名					・紹介者氏名
医療機関名 団体・企業名 役職					・連絡先 TEL: FAX:
参加形態	(どちらかにレ印をつけてください) ☐ 個人参加 肩書き: ☐ 法人・団体参加 団体名・役職:				
職業 生年月日	医師・歯科医師・看護師・ケアマネージャー・MSW・管理栄養士・薬剤師・理学療法士・作業療法士・社会福祉士・介護福祉士・介護ヘルパー・研究者・大学教員・一般市民・行政・団体・企業・他 ()				・生年月日 大正 昭和 平成 年生まれ 歳
申込者住所	〒 (団体の場合は団体事務局・事務担当者名)				
	●TEL: ●FAX:				
メールアドレス	E-mail:				*メールマガジンの配信 ☐ 希望 ☐ 希望しな
ホームページアドレス	URL:				*当会ホームページとのリンク ☐ 可 ☐ 不可
*バナー広告 (有料) ☐ 希望 ☐ 否					

調査票

専門科目				
プロフィール (ご記入下さい)				
在宅患者の内訳	▽ターミナル・ケア患者	人	▽慢性疾患の高齢者	人
	▽若年者	人	▽	人
往診・訪問診療時間数	▽週・月	回	▽合計約	時間
訪問看護の時間数	▽週・月	回	▽合計約	時間
所属団体・研究会・スタ ディグループ名・役職				
※当協会に対する ご意見・ご要望など 自由にご記入下さい				

◎会員の主な特典

当協会にご入会頂いた会員へ下記の特典があります。

(1) 当協会の主催または共催するシンポジウム、フォーラム、セミナー、勉強会へ優先的に参加できます。

(2) (1)の催物への参加費の割引が可能です。

(3) 当協会が発行する出版物の価格を割引します。

(4) 在宅医療・在宅ケアに関する出版物を希望される会員に対して、格安費用で出版サポートします。(全国書店販売可)

(5) ビデオテープ、CD、DVD等の制作と物品販売をサポートします。

(6) 人材育成のセミナー、シンポジウム、勉強会等への講師の派遣をします。

(7) その他

■会費のお支払い方法は銀行振込となります。

■請求書の発行は (✓印を入れて下さい) ☐ 要 ☐ 不要

* 銀行振込

* 会費のお振込の際には、会費+振込手数料が必要です。また、法人名とお名前を必ず記入して下さい。

金融機関	みずほ銀行	支店名	八重洲口支店(店番号：026)	口座番号	(普通) 2220656	名義	特定非営利活動法人 全国在宅医療推進協会 トクヒゼンコクザイタクイリョウスイシキョウカイ
------	-------	-----	-----------------	------	--------------	----	---

●NPO法人全国在宅医療推進協会 事務局

東京都目黒区大橋2-24-3

中村ビル4階 (〒153-0044)

TEL:03-5433-5523 FAX:03-5433-5527

URL:http://zenzaikyo.jp/

E-mail:info@zenzaikyo.jp

* 本紙を郵送またはFAXにて事務局宛に送信してください。

* 申込書のデータは個人情報保護法に基づいた扱いをさせていただきます。