【宛先】一般社団法人エンドオブライフ・ケア協会 事務局　　FAX：(03) 6735-4579

入会・講座受講申込書

下記の各項目にご記入をお願いいたします。お申込みの受領は、利用規約（※）をお読みいただいたことを前提といたします。
お申込書を受領後、当協会から代金ご入金のご案内をメールでお送りいたします。（※利用規約：https://endoflifecare.or.jp/tos/）

■会員/受講者情報

お申込日：　　年　月　日

氏名（漢字）	
氏名（カナ）	
メールアドレス	@ ※各種ご案内は e-mail となりますため、必ずご記載をお願いいたします。 ※携帯メールをご記載の場合、当協会のメールアドレス（ドメイン指定の場合：endoflifecare.or.jp）を受信いただけますよう、あらかじめご設定をお願いいたします。
電話番号	※日中連絡が取りやすい電話番号をご記入下さい。　　ー　　ー
住所	〒　　ー
職種（現在の職種を表すものを右記より 1 つご選択ください）	□医師 ［専門科：　　］ □歯科医師 □看護師 □薬剤師 □ソーシャルワーカー □リハビリテーション職 □心理職 □介護職 □介護支援専門員 □相談員 □保健師 □その他［　　］
所属（組織・事業所）	
実務経験	年
備考	
お支払方法	・銀行振込（振込手数料はご負担をお願いします） ・コンビニ決済（以下から選択し○をつけてください） ローソン、ファミリーマート、サンクス、サークル K、ミニストップ、セブンイレブン、セイコーマート

以下は講座受講希望の方のみご記入下さい

■講座日程：受講を希望される日程と開催地をご記載ください。現在受付中の日程についてはホームページでご確認ください。

日程	20　年　月　日 ～　月　日
開催地	

■受講前提の確認

下記 2 点をご確認のうえ、チェックをつけてください。※事例検討やロールプレイを行うため、基本的に以下を満たしている方を対象としていますが、前提を満たしていない方もスタッフがサポートいたしますのでご参加ください。
また 2 日間の集合研修終了から 1 年以内に現場での実践を踏まえて課題を提出して頂きます。

□　医療・介護の現場経験 1 年以上
□（医療・介護職としての患者・利用者の）最終段階に現在関わっている、過去に関わっていた、あるいは、これから関わろうとしている

■アンケート：下記 3 点についてご記載ください。（この結果が受講可否を決めるものではありません。）

ご自身が過去 1 年間で「人生の最終段階」に関与した件数：　　件　（概算の数値）
1 日目夜に懇親会（参加費は現地にて実費精算：1 人 5,000 円未満）を予定しています。参加を希望されますか？ （該当する番号に○）：　はい　・　いいえ
この養成講座のことは、どのようにしてお知りになりましたか？ もっとも近いものを 1 つお選びください（該当する番号に○）： 1. 新聞・雑誌・テレビ・ラジオ　2. Facebook などの SNS　3. キーワード検索　4. 協会関係者からの紹介 5. 口コミ 6. その他 名称等具体的に教えてください：

■ご連絡先（お申込みは Web、郵送、FAX にて承ります）

一般社団法人エンドオブライフ・ケア協会事務局　〒105-0001 東京都港区虎ノ門三丁目 17 番 1 号 TOKYU REIT 虎ノ門ビル 6 階
Web: http://endoflifecare.or.jp/　e-mail: info@endoflifecare.or.jp　Phone: (03) 6435-6404　FAX：(03) 6735-4579

○ご記入頂きました個人情報は、一般社団法人エンドオブライフ・ケア協会事務局が管理させて頂きます。個人情報をご本人様の同意なしに第三者に開示・提示する事はありません。