

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	① ※各種ご案内は e-mail となりますため、必ずご記入をお願いいたします。 ※携帯メールをご記入の場合、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。 — —
住所	〒 — —
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）	<input type="checkbox"/> 医師 [専門科 :] <input type="checkbox"/> 介護職 <input type="checkbox"/> 歯科医師 <input type="checkbox"/> 介護支援専門員 <input type="checkbox"/> 看護師 <input type="checkbox"/> 相談員 <input type="checkbox"/> 薬剤師 <input type="checkbox"/> 保健師 <input type="checkbox"/> ソーシャルワーカー <input type="checkbox"/> 会社員 <input type="checkbox"/> リハビリテーション職 <input type="checkbox"/> 事務 <input type="checkbox"/> 心理職 <input type="checkbox"/> 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） セブンイレブン/ローソン/ファミリーマート/ミニストップ/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入ください。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 ~
参加方式	<input type="checkbox"/> オンライン Zoom <input type="checkbox"/> 対面会場（開催地： ） ※平日夜開催はオンラインのみとなります

■受講前提の確認

以下をご確認のうえ、チェックをつけてください。

<input type="checkbox"/> 開催日までに動画を使った e ラーニングで自己学習した後、研修に参加します。 （e ラーニングは 2022 年 8 月にリニューアルされています）
<input type="checkbox"/> 開催日当日までにテキスト『死を前にした人になんか何ができますか？』小澤竹俊著（医学書院、定価 2,200 円）を自身で準備します。

■アンケート：下記 2 点についてご記入ください。（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（概算で結構です）
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いただきます。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。

○郵送でお送りいただいた場合、受付完了までに少々お時間をいただきます。