**一般社団法人がん哲学外来**

|  |
| --- |
| **認定団体（一般社団法人がん哲学外来認定カフェ）申請書** |

申請日：　　　　年　　　月　　　日

一般社団法人がん哲学外来　御中

下記のとおり、申請致します。

記

|  |  |
| --- | --- |
| カフェ名 |  |
| カフェ住所等※原則、電話/FAX以外をHPに掲載※掲載不可項目は備考欄へ記載 | 〒 |
| TEL:  | FAX:  |
| メールアドレス： |
| URL(ある場合)： |
| 代表者氏名 |  | 担当者氏名 |  |
| 担当者連絡先 | TEL: | FAX:  |
| メールアドレス： |
| 郵便物等送付先 | □上記住所と同じ　□下記へ送付〒　　　　　　　　　　　　　　受取人氏名：　　　　　　　　　　　　　、Tel：　　　　　　　　　　　　　 |
| 使用希望商標 | □がん哲学外来（商標登録第5573492号）□がん哲学外来カフェ（商標登録第5679097号）□がん哲学（商標登録第5637931号）□がん哲学外来市民学会（商標登録第5637628号）□がん哲学学校（商標登録第5679192号）□がん哲の道（商標登録第5679193号） |
| 商標使用用途※使用可能性のある欄にチェック | □チラシ・パンフレット等 □団体ウェブサイト等□団体名刺等　□団体制服等□その他（　　　　　　　　　　　　） |
| 使 用 期 間 | 年　　　月　　　日　　　～　　　　年　　　月　　日 |
| 同 意 確 認 | □がん哲学外来カフェ開設のガイドラインの遵守に同意します |
| 支援体制※該当する場合のみチェック | 1. カフェのメンバーに下記該当する方の有無
* 医療従事者（医師、看護師、保健師、臨床心理士、薬剤師、他（　　　））
* 社会福祉士など相談専門員　□認定コーディネーター

（差し支えなければ、上記ご氏名：　　　　　　　　　　　　※お一人で結構です）1. 医療機関等の支援の有無
* 医療機関（病院、診療所、薬局など）からの支援

（医療機関等の名称：　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　）1. 一社)がん哲学外来からの支援希望の有無
* 事務局・理事など役員に支援を希望する
 |
| 備　　　 考 | ご希望されることがあれば記載ください |