

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	<input type="checkbox"/> 上記住所と同じ <input type="checkbox"/> 下記へ送付 (〒 _____) 受取人氏名: _____、Tel: _____		
使用希望商標	<input type="checkbox"/> がん哲学外来 (商標登録第 5573492 号) <input type="checkbox"/> がん哲学外来カフェ (商標登録第 5679097 号) <input type="checkbox"/> がん哲学 (商標登録第 5637931 号) <input type="checkbox"/> がん哲学外来市民学会 (商標登録第 5637628 号) <input type="checkbox"/> がん哲学学校 (商標登録第 5679192 号) <input type="checkbox"/> 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	<input type="checkbox"/> チラシ・パンフレット等 <input type="checkbox"/> 団体ウェブサイト等 <input type="checkbox"/> 団体名刺等 <input type="checkbox"/> 団体制服等 <input type="checkbox"/> その他 (_____)		
使用期間	年 月 日 ~ 年 月 日		
同意確認	<input type="checkbox"/> 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 <u>カフェのメンバーに下記該当する方の有無</u> <input type="checkbox"/> 医療従事者 (医師、看護師、保健師、臨床心理士、薬剤師、他 (_____)) <input type="checkbox"/> 社会福祉士など相談専門員 <input type="checkbox"/> 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)		
	② <u>医療機関等の支援の有無</u> <input type="checkbox"/> 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: _____)		
	③ <u>一社)がん哲学外来からの支援希望の有無</u> <input type="checkbox"/> 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		