**がん患者会等情報掲載申請書**

平成　　年　　月　　日

大阪府健康医療部保健医療室健康づくり課長　様

申請団体の名称

代表者氏名

がん患者会等の情報掲載を希望しますので、大阪府がん患者会等情報掲載要領（以下「要領」という。）に基づき、がん患者会等掲載申請書を提出します。なお、要領を遵守し、要領第６条に規定する事項が生じた場合は、掲載の取消し等を受けても異議はありません。

貴団体が以下に該当する場合は、右欄をチェックしてください。

|  |  |  |
| --- | --- | --- |
|  | チェック項目 | チェック欄 |
| １ | 法令に違反する活動及び公序良俗に反する活動を行っていない。 | □ |
| ２ | 政治的活動及び宗教的活動を目的として活動を行っていない。 | □ |
| ３ | 科学的根拠に基づかない特定の治療法、代替療法の推奨・斡旋を行っていない。 | □ |
| ４ | 商品の販売や団体の活動において、医薬品や健康食品、サプリメント及び  健康に関する物品の購入や商品販売等、営利を目的とした活動を行っていない。 | □ |

※添付資料として、会則、会報誌、チラシ等（活動内容等が分かるもの）を添付してください。

　　　　　　　　　【連絡先】（大阪府からの連絡に使用します。）

代表者住所

代表者氏名

電話番号

電子メールアドレス

**【情報掲載を希望する項目】**

|  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- |
| 項　目 | | | 内　容 |
| フリガナ | | |  |
| １．患者会等の名称 | | |  |
| ２．団体種別  （該当する項目に１つ○印）  ※団体の定義については、要領第２条をご確認ください。 | | | ①がん患者会  ②がん患者支援団体 |
| ３．公開連絡先 | | |  |
|  | 主たる事務所等の所在地 | |  |
| 担当者名 | |  |
| 電話番号  （問合せ受付時間） | | （　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　） |
| 電子メールアドレス | |  |
| ４．会員制の有無  （該当する項目に１つ○印） | | | ①会員制  ②会員制ではない |
|  | ・上記で①の場合は会員数  ※（　）内は記載できる範囲で記入してださい。 | | 人  （うち、患者[元患者]・家族・遺族数　　人）  【平成　　年　月　日現在】 |
| ・入会資格 | |  |
|  | 院内患者に限定  （該当する項目に１つ○印） | ①している  ②していない |
| ５．会費・参加費（該当する項目に１つ○印） | | | ①（年額・月額）　　　　　　　　　　　　　　 円  ②その都度　　　　　　　　　　　円　（　　　　　　　　　　　　円程度）  ③無料 |
| ６．主な対象疾患（がん） | | |  |
| ７．設立経緯及び目的  ※60文字程度で概要を記入してください | | |  |
| ８．活動内容 | | |  |
|  | 活動内容の概要  ※60文字程度で患者にアピールする視点から記入してください。 | |
| ホームページアドレス | |  |
| 主な活動場所 | |  |

**※「３．公開連絡先」については、公開を希望する項目について記入してください。**

**がん患者会等情報掲載申請書**

がん患者会　記入例

平成２８年２月１日

大阪府健康医療部保健医療室健康づくり課長　様

申請団体の名称　　大阪の会

代表者氏名　　　　大阪　太郎

がん患者会等の情報掲載を希望しますので、大阪府がん患者会等情報掲載要領（以下「要領」という。）に基づき、がん患者会等掲載申請書を提出します。なお、要領を遵守し、要領第６条に規定する事項が生じた場合は、掲載の取消し等を受けても異議はありません。

貴団体が以下に該当する場合は、右欄をチェックしてください。

|  |  |  |
| --- | --- | --- |
|  | チェック項目 | チェック欄 |
| １ | 法令に違反する活動及び公序良俗に反する活動を行っていない。 | ☑ |
| ２ | 政治的活動及び宗教的活動を目的として活動を行っていない。 | ☑ |
| ３ | 科学的根拠に基づかない特定の治療法、代替療法の推奨・斡旋を行っていない。 | ☑ |
| ４ | 商品の販売や団体の活動において、医薬品や健康食品、サプリメント及び  健康に関する物品の購入や商品販売等、営利を目的とした活動を行っていない。 | ☑ |

※添付資料として、会則、会報誌、チラシ等（活動内容等が分かるもの）を添付してください。

　　　　　　　　【連絡先】（大阪府からの連絡に使用します。）

代表者住所　　大阪市中央区大手前○－○－○

代表者氏名　　　大阪　太郎

電話番号　　　０６－１２３４－５６７８

電子メールアドレス　[osaka@mbox.pref.osaka.lg.jp](mailto:osaka@mbox.pref.osaka.lg.jp)

**【情報掲載を希望する項目】**

がん患者会　記入例

|  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- |
| 項　目 | | | 内　容 |
| フリガナ | | | オオサカノカイ |
| １．患者会等の名称 | | | 大阪の会 |
| ２．団体種別  （該当する項目に１つ○印）  ※団体の定義については、要領第２条をご確認ください。 | | | ①がん患者会  ②がん患者支援団体 |
| ３．公開連絡先 | | |  |
|  | 主たる事務所等の所在地 | | 大阪市中央区大手前○－○－○ |
| 担当者名 | | 大阪　太郎 |
| 電話番号  （問合せ受付時間） | | ０６－１２３４－５６７８  　（平日　午前９時から午後５時までに限る） |
| 電子メールアドレス | | osaka@mbox.pref.osaka.lg.jp |
| ４．会員制の有無  （該当する項目に１つ○印） | | | ①会員制  ②会員制ではない |
|  | ・上記で①の場合は会員数  ※（　）内は記載できる範囲で記入してださい。 | | ５０人  （うち、患者[元患者]・家族・遺族数５０人）  【平成２８年　１月　１日現在】 |
| ・入会資格 | | 団体の趣旨に賛同される方、がん患者、家族の方 |
|  | 院内患者に限定  （該当する項目に１つ○印） | ①している  ②していない |
| ５．会費・参加費（該当する項目に１つ○印） | | | ①（年額・月額）５，０００円  ②その都度　　　　　　　　　　　　円　（　　　　　　　　　　　円程度）  ③無料 |
| ６．主な対象疾患（がん） | | | 乳がん |
| ７．設立経緯及び目的  ※60文字程度で概要を記入してください | | | がん経験者とその家族が集い、明るく元気に、自分らしく日々過ごせるように、話し合い、情報交換などをすることを目的。 |
| ８．活動内容 | | | ○がん経験談などの講演会の開催  ○定例会の開催（○▲病院、毎月第２木曜日）  ○会報誌の発行（隔月）　等 |
|  | 活動内容の概要  ※60文字程度で患者にアピールする視点から記入してください。 | |
| ホームページアドレス | | http://webx.lan.pref.osaka.jp/ |
| 主な活動場所 | | ○▲病院 |

**※「３．公開連絡先」については、公開を希望する項目について記入してください。**