

Membership Application 入会申込書

How to join the International HPH Network 国際 HPH ネットワークへの加盟方法

国際 HPH ネットワーク (HPH) への参加を希望する病院・ヘルスサービス・組織は、まず国・地域に HPH ネットワークが存在するかどうかを確認する必要があります。

HPH の WEB サイト www.hphnetwork.org/members で、国・地域のネットワークを確認することができます。

国・地域の HPH ネットワークが存在する場合は、国・地域の HPH コーディネーターへ基本合意書を送付し承認を得てください。国・地域の HPH コーディネーターはその後、国際事務局に転送します。

国・地域にコーディネーターがない場合は直接国際 HPH 事務局に基本合意書をお送りください：

International HPH Secretariat 国際 HPH ネットワーク事務局

Burchardstrasse 17

Phone: +49 040 22621149-0

20095 Hamburg

Email: info@hphnet.org

Germany

Application Form 入会申込書

この HPH 入会申込書には、HPH 基本合意書、会員情報記入欄、署名ページが含まれています。

New HPH Members 新規 HPH 会員

新規に加盟を申請する組織は、入会申請書に必要事項を記入し、提出してください。この基本合意書の書式は、あなたの病院またはヘルスサービスが HPH 規約を遵守し、ヘルスプロモーション活動、戦略、方針を実施することを目的としていることを確認するものです。

Membership Certificate 認定証

会員として承認され、HPH 年会費を納入すると、認定証が発行されます。この認定証を更新するには、次の申請書に最新の情報を記入してください。HPH の会員資格は、会員が書面で退会するか、HPH 会則に違反したために会員資格が取り消されるまで有効です。

Annual HPH Fee per Member Hospital/Health Service* 病院・ヘルスサービスの HPH 年会費

スタンダード HPH 年会費 : 300€ 高所得国

HPH 年会費割引 : 200€ 中所得国

: 150€ 低所得国

さらに、国・地域のネットワークがある国の組織には、国または地域の手数料が適用される場合があります。これらの手数料は、一元的に徴収される国もあれば、会員個人から振り込まれる国もあります。

* 各国の所得水準は、世界銀行グループの国別所得分類に基づいています。

HPH Letter of Intent HPH 基本合意書

この基本合意書は、組織の管理者が署名し、加盟病院、ヘルスサービス、または組織が国際 HPH ネットワーク(HPH)の規約を遵守し、HPH の戦略、HPH の方針に従ってヘルスプロモーション活動を実施することを宣言するものです。次の質問にお答えください¹：

Please select your membership level 会員種別をお選びください。:

hospital 病院 health service ヘルスサービス* affiliate member 準会員**

*ヘルスサービスは、診療所・薬局・介護老人保健施設・訪問介護ステーション・ヘルスサービス提供施設(介護事業所等)

**準会員:上記以外の大学・研究施設等

Name of hospital/health service in English 英文病院名/ヘルスサービス名

Name of hospital/health service in local language 日本語病院名/ヘルスサービス名

Address: 英文住所:

Street: 市町村以下をご記入ください。

Zip Code 〒 _____ City 市町村 _____

State 都道府県: _____ Country 国名: _____

Phone: +81- 市外局番の 0 を外した番号 _____

Website: _____

¹ この基本合意書は、拘束力のある宣言や法的効力を持つものではありません。記入内容は、機密扱いされ、国際 HPH 事務局とガバナンス委員会のみがアクセスできます。

Chief Executive Officer of hospital/health service 病院・ヘルスサービスの管理者

Name and title 英文氏名・役職: _____

Phone: +81- 市外局番の 0 を外した番号 _____ E-mail: _____

HPH Coordinator of hospital/health service/association

病院・ヘルスサービス・組織の HPH コーディネーター

Name and title 英文氏名・役職: _____

Phone: +81- 市外局番の 0 を外した番号 _____ E-mail: _____

Name of national/regional HPH Network Coordinator (where applicable)

国・地域の HPH ネットワークコーディネーター（該当する場合）:

Name of network ネットワーク名称: 事務局記載 _____

Name and title 英文氏名・役職: 事務局記載 _____

Phone: +81- 市外局番の 0 を外した番号 _____ E-mail: _____

Questions 1-5 should be answered by new members only

質問 1~5 は、新規会員の方のみお答えください。

1. What does your organization aspire to gain by being a member of the International HPH Network?

国際 HPH ネットワークのメンバーになることで、あなたの組織は何を得たいですか？

2. List your experience with health promotion activities/projects, strategies, or policies, that you want to share with the HPH network. What is the focus of these initiatives?

ヘルスプロモーション活動、プロジェクト、戦略や方針の実践の経験と要点を教えてください。

注)WEB サイト日本 HPH ネットワークの英語ページ(Membership>Our Members)に掲載されます。

3. What actions do you plan to initiate in your first year of membership?

入会初年度にどのような活動を開始する予定ですか？

4. What do you aspire to achieve as a HPH member?

HPH 会員としての抱負をお聞かせください。

5. How did you find out about HPH?

HPH を知ったきっかけは何ですか。

同僚

カンファレンス・学会

学術論文

インターネット検索

WHO

国・地域のネットワーク

その他 具体的にご記入ください： _____

Further comments その他コメント:

Signatures ご署名

この基本合意書は、病院・ヘルスサービスの管理者が署名後、国・地域の HPH コーディネーター（該当する場合）が署名し、国際 HPH 事務局へ送付します。

新規会員 - 病院・ヘルスサービス・組織の管理者：

認定証の更新 - 病院・ヘルスサービス・組織の HPH コーディネーター：

氏名・役職： 例) YAMADA Taro, Director _____

日付・署名： _____

デジタル署名：

国・地域の HPH ネットワークコーディネーター

氏名・役職： 事務局記載 _____

日付・署名： 事務局記載 _____

デジタル署名：事務局記載

注：あなたの国・地域に HPH ネットワークが存在しない場合、この基本合意書を国際 HPH 事務局へ直接お送りください。

International HPH Secretariat 国際 HPH 事務局

Burchardstrasse 17, 20095 Hamburg, Germany

Phone: +49 040 22621149-0

Fax: +49 40 22621149-14

Website: www.HPHnet.org

Email: info@HPHnet.org