

## 【参考資料】 日本語訳 LOI HPH Membership Application

\*こちらに入力しないでください。LOI HPH Membership Application.PDF に直接ご記入ください。

# HPH Membership Application / HPH 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

HPH ネットワークへの加盟を希望する病院、ヘルスサービス又は組織は、まず、所在地の国又は地域に既存の国 / 地域 HPH ネットワークがあるか確認してください。設立済の国又は地域ネットワークについては、国際 HPH ネットワークのウェブサイトよりご確認ください: [www.hphnetwork.org/members](http://www.hphnetwork.org/members).

貴方の国 / 地域にネットワークが有る場合は、国 / 地域ネットワークのコーディネーターに入会申込書を送付してください。

そうすれば国 / 地域ネットワークのコーディネーターから国際 HPH 事務局に申込書が送付されます。

貴方の国 / 地域にネットワークが無い場合は、直接国際 HPH 事務局に入会申込書を送付してください。

International HPH Secretariat	国際 HPH 事務局
Burchardstrasse 17	Phone: +49 040 22621149-0
20095 Hamburg,	Fax: +49 40 22621149-14
Germany	Email: <a href="mailto:info@hphnet.org">info@hphnet.org</a>

## Application Form / 入会申込書

HPH 入会申込書には、HPH 基本合意書、会員情報用紙、署名のページが含まれています。HPH に新規加盟又は加盟更新をする際は、各項にご記入ください。

## New HPH Members / 新規の HPH 会員

新たに HPH の加盟申込みをする組織は、入会申込書に必要事項を記入し提出してください。この用紙により、貴病院又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のための活動・戦略・方針の実践目標を掲げる、との意思を持つことを確認させていただきます。

## Renewing HPH Members / HPH 加盟の更新

HPH 加盟者はすべて、4 年毎にこの申込書に記入し、加盟を更新してください。この手続きにより、HPH の活動継続の意思を再確認すると同時に、担当者や連絡先等の変更を事務局が把握させていただきます。

## Annual HPH Fee per Member Hospital/Health Service\* / 1 会員あたりの HPH 年会費 病院 / ヘルスサービス会員\*

HPH 会費 (標準) : 300 ユーロ 高所得国

HPH 会費 (割引) : 200 ユーロ 中所得国

150 ユーロ 低所得国

さらに、国または地域ネットワークを有する国の組織については、国 / 地域の会費が適用される場合があります。中央団体がこうした会費をとりまとめる国もありますが、各会員が個別に会費を納付する国もありますので、ご注意ください。

詳細については、貴組織の国 / 地域ネットワークのコーディネーターにご相談ください。

\* 国の所得レベルは、2019-2020 年度の世界銀行グループの所得分類に基づいています。

## 【参考資料】 日本語訳 LOI HPH Membership Application

\*こちらに入力しないでください。LOI HPH Membership Application.PDF に直接ご記入ください。

# HPH Letter of Intent / HPH 基本合意書

この基本合意書は、経営者により署名され、加盟する病院、ヘルスサービスまたは組織が、国際 HPH（健康増進活動拠点病院及びヘルスサービス）ネットワークの規約を遵守し、ヘルスプロモーションのための活動を HPH 規約、HPH 戦略及び HPH 方針に従い実践する、と宣言します。

下記の質問に、HPH に参加する理由と期待をご記入ください<sup>1</sup>

貴組織の会員レベルを選択してください。:

病院加盟       ヘルスサービス加盟\*       準会員加盟\*

\* 訳注

ヘルスサービス：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

1. 国際 HPH ネットワークへの加盟により貴組織が得たい事は何ですか。

2. HPH ネットワークで共有したいと思う、ヘルスプロモーションの活動やプロジェクト、戦略又は方針の実践経験を記載してください。こうしたとりくみの焦点を教えてください。

---

1 この基本合意書は、記入内容について宣誓させたり法的拘束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 事務局及び理事会のみが閲覧します。

## 【参考資料】 日本語訳 LOI HPH Membership Application

\*こちらに入力しないでください。LOI HPH Membership Application.PDF に直接ご記入ください。

3. 加盟 1 年目に、どのような活動を開始する予定ですか？

4. これから 4 年の加盟期間中に、どのような目標を達成したいですか？

5. HPH を知るに至ったきっかけを教えてください。

- |   |  |
|---|--|
| <input type="checkbox"/> Colleague 同僚                 | <input type="checkbox"/> Scientific Article 科学誌            |
| <input type="checkbox"/> Conference カンファンス            | <input type="checkbox"/> WHO                               |
| <input type="checkbox"/> Internet Search インターネット検索    | <input type="checkbox"/> Other. Please specify:その他ご記入ください。 |
| <input type="checkbox"/> N/R Network 国・地域の HPH ネットワーク |  |

Further comments: その他

基本合意書は、署名の日付（国際 HPH ネットワーク事務局 CEO 署名）から発効し、4 年間有効になります

## 【参考資料】 日本語訳 LOI HPH Membership Application

\*こちらに入力しないでください。LOI HPH Membership Application.PDF に直接ご記入ください。

## Hospital/Health Service Information 病院・ヘルスサービス情報

New member 新規加盟  Renew for member number 更新 会員番号 \_\_\_\_\_

--

Name of hospital/health service/association in English/病院・ヘルスサービス・組織 (英文)

--

Name of hospital/health services/association in local language/病院・ヘルスサービス・組織 (日本語)

### Address/ご住所

Street:町名以下			
Zip Code 〒		City:市・郡	
State:都道府県		Country:国	
Phone :	例) +81 92 641 2761	Fax:	例) +81 92 651 9874
Website:			

### Chief Executive Officer of hospital/health service/association/病院・ヘルスサービス・組織の CEO (代表者)

氏名・役職 (英文)	例 : YAMADA Taro, Director 姓 (大文字) 名の順で PDF に直接ご記入ください。				
Phone:		Fax:		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

氏名・役職	例 : YAMADA Taro, Director 姓 (大文字) 名の順で PDF に直接ご記入ください。				
Phone:		Fax:		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 (日本事務局記載)

Name and Network:					
Name and title:					
Phone:		Fax:		E-mail:	

## 【参考資料】 日本語訳 LOI HPH Membership Application

\*こちらに入力しないでください。LOI HPH Membership Application.PDF に直接ご記入ください。

### Signatures ご署名

基本合意書は、病院／ヘルスサービスの経営者の署名記入後、（該当する場合は）国・地域の HPH ネットワークのコーディネーターが署名し、国際 HPH 事務局に送付することとします。

Hospital/health service/association management 病院・ヘルスサービス・組織の経営者

氏名・役職	例：YAMADA Taro, Director 姓を大文字、名の順で PDF に直接ご記入ください。
日付・署名	

Name of national/regional HPH Network Coordinator

国・地域の HPH ネットワークコーディネーター（事務局記載）

Name & Title:	
Date & Signature:	

注：既存の国／地域 HPH ネットワークが所在地に無い場合は、基本合意書を国際 HPH 事務局に直接送付して署名してもらってください。

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](http://www.hphnet.org)

Email: [info@hphnet.org](mailto:info@hphnet.org)