

年 月 日

地方会(等)組織の認定に係る申請書

地方会(等)組織の認定を受けたいので、内規第5条第3項の規定により申請します。

代表者(申請者)氏名	印	本会会員	会員・非会員
代表者所属・役職			
代表者連絡先 住所 電話 e-mail			

認定を希望する地方会(等)組織の名称、活動開始日	名称	活動開始日
--------------------------	----	-------

当該団体の目的(内規6①)			
活動圏域(内規6②)			
他団体の支部や下部組織ではないこと(内規6③)			
構成員人数と本会会員数(内数)とその割合(名簿別添)(内規6④)	構成員人数	うち本会会員数	本会会員の割合
参加資格及び参加が開かれているものであること(内規6④⑤)			
規則もしくは規約に基づく活動であること(規約等別添)(内規6⑥)			
事務局連絡先(内規6⑦) 代表者(申請者)と異なる場合はその旨記載すること	代表者氏名 ()	所属・役職 ()	連絡先 ()
活動実績(内規6⑧⑨)	(活動記録別添)		
会費徴収の有無	(過去2年間の会費徴収実績等別添)		
他団体からの援助に係る事項(内規6⑩)	(過去2年間の後援・共催等実績記録別添)		
会計報告及び監査の有無(内規6⑪)	(過去2回分の会計報告監査報告書別添)		

その他必要事項			
---------	--	--	--

地方会委員会記載欄	受理	審査
-----------	----	----

理事会記載欄			
--------	--	--	--

2008年 1月 22日

地方会(等)組織の認定に係る申請書

地方会(等)組織の認定を受けたいので、内規第5条第3項の規定により申請します。

代表者(申請者)氏名	福田 康雄	印	本会会員	<input checked="" type="radio"/> 会員 <input type="radio"/> 非会員
代表者所属・役職	官邸病院精神科 医長			
代表者連絡先 住所 電話 e-mail	東京都千代田区〇〇〇〇 電話：03-****-**** e-mail：***@***.**.jp			

認定を希望する地方会(等)組織の名称、活動開始日	名称 東京リエゾン精神医学の会	活動開始日 2000年8月2日
--------------------------	-----------------	-----------------

当該団体の目的(内規6①)	精神医療と身体医療の接点領域における精神医療連携のあり方につき相互研鑽を行い、もって圏域の精神医療の質の向上を目指す		
活動圏域(内規6②)	東京都内および近接県		
他団体の支部や下部組織ではないこと(内規6③)	関連団体は存在しない		
構成員人数と本会会員数(内数)とその割合(名簿別添)(内規6④)	構成員人数 62人	うち本会会員数 48人	本会会員の割合 77%
参加資格及び参加が開かれているものであること(内規6④⑤)	本会参加資格は、JSGHP会員および会員になりうる資格を有する者であり、それ以外の制限を課していない		
規則もしくは規約に基づく活動であること(規約等別添)(内規6⑥)	規約(2000年8月制定)に基づく活動を行っている(規約別添)		
事務局連絡先(内規6⑦) 代表者(申請者)と異なる場合はその旨記載すること	代表者氏名 (申請者と同じ)	所属・役職 (申請者と同じ)	連絡先 (申請者と同じ)
活動実績(内規6⑧⑨)	(活動記録別添)		
会費徴収の有無	(過去2年間の会費徴収実績等別添)		
他団体からの援助に係る事項(内規6⑩)	(過去2年間の後援・共催等実績記録別添)		
会計報告及び監査の有無(内規6⑪)	(過去2回分の会計報告監査報告書別添)		

その他必要事項	<ul style="list-style-type: none"> ・年に2回の例会の他、東京緩和医療を考える会との合同例会を毎年1回開催している(資料別添)。 ・学術集会には会員以外の参加及びコメディカルの参加を許している(例会の議決権はない)。
---------	---

地方会委員会記載欄	受理	審査
-----------	----	----

理事会記載欄	
--------	--