

# 日本診療情報管理士会 入会申込書

平成 年 月 日

- 下記の必要事項をご記入のうえ、郵送またはFAXにて事務局宛てお申し込みください。
- [ ]内はいずれかを○で囲んで下さい。

貴会の趣旨に賛同し、[ <b>正会員</b> / <b>賛助会員</b> ] として入会いたします。 入会金3,000円・年会費7,000円は郵便振替にて納入します。(※当会の会計年度は4月1日～翌年3月31日迄です)		
フリガナ 氏名：	性別 男 / 女	生年月日 西暦 年 月 日生
勤務先： (※正式名称をご記入下さい)		所属・役職：
勤務先住所： 〒 都・道 府・県 (ビル・マンション名、部屋番号も記入してください)		
勤務先 TEL：		FAX：
自宅住所： 〒 都・道 府・県 (ビル・マンション名、部屋番号も記入してください)		
自宅 TEL：		FAX：
連絡物送付先： [ 勤務先 / 自宅 ] に送付する。		
Eメールアドレス： [ 勤務先 / 自宅 / 携帯 ]		
現職種について： (※資格認定番号もご記入下さい) <input type="checkbox"/> 診療情報管理士 (No. ) <input type="checkbox"/> 診療録管理士 (No. ) <input type="checkbox"/> 通信教育受講生 (No. ) <input type="checkbox"/> 通信教育修了者 (No. ) <input type="checkbox"/> 指定校学生・卒業者 <input type="checkbox"/> その他 ( ) <input type="checkbox"/> 医師 [ 医科/歯科 ] <input type="checkbox"/> 看護師 <input type="checkbox"/> 准看護師 <input type="checkbox"/> 薬剤師 <input type="checkbox"/> その他医療資格 ( )		
記入者連絡欄：		

郵便振替払込受領証もしくは受領証コピーを  
貼り付けてください。

### 【振込先】

<郵便局の場合>

口座名： 日本診療情報管理士会  
口座番号： 00180-8-446978

<ゆうちょ銀行の場合>

金融機関コード： 9900  
店番： 019  
店名(カナ)： 〇一九店(ゼロイチキョウ店)  
預金種類： 当座  
口座番号： 0446978  
カナ氏名： ニホンシンリョウジョウホウ  
(受取人名) カンリシカイ

(※送金手数料はご負担下さい)

### 【事務局連絡事項】

※ご記入いただきました個人情報は、以下の利用目的に限り  
使用いたします。

- ・ 会員管理、会員への連絡、会報・会誌・書類等の発送、  
その他附帯する一般社団法人日本病院会
- ・ 調査・研究事業(アンケートの送付等)。

### 【申込先】

日本診療情報管理士会 事務局  
〒102-8414 東京都千代田区三番町9-15  
ホスピタルプラザビル 一般社団法人日本病院会内  
TEL： 03-3221-9891 FAX： 03-3221-9892  
E-mail: info@kanrishikai.jp  
URL： http://www.kanrishikai.jp/

事務局使用欄	
会員番号	入会受付日