

スキルアップ勉強会申込方法

平成 29 年度スキルアップ勉強会参加申込書に必要事項を記入し、個人情報等の取り扱いに関する事項に同意(チェック☑)のうえ、日本診療情報管理士会事務局まで FAX または郵送にてお申し込みください。

受付完了の後、参加番号を記した『参加票』を参加票返信先 FAX 番号あてに返信いたします。受信可能な FAX 番号をお間違えのないようご記入ください。

※郵送での返信をご希望の方は、切手貼付の返信用封筒を同封うえ、郵送にてお申し込みください。

●申込先 : 日本診療情報管理士会 事務局 **FAX:03-3221-9892**

〒102-8414 東京都千代田区三番町 9-15 ホスピタルプラザビル 4F

【振込先】

郵便局(郵便振替)	ゆうちょ銀行
口座名 日本診療情報管理士会 口座番号 00180-8-446978	金融機関コード 9900 店番 019 店名 0一九店 (ゼロイチキョウ店) 預金種目 当座/口座番号 0446978 口座名 ニホンシンリョウジヨウホウカンリシカイ

『参加票』受け取り後、払込取扱票に参加者氏名・参加番号を必ず記入し、参加者本人のお名前で、開催の5日前までにお振り込みください。

※納入後の参加費の返金はいたしませんのでご了承ください。

【個人情報等の取り扱いに関して】

日本診療情報管理士会主催 平成 29 年度スキルアップ勉強会におきまして、個人情報ならびに肖像権の取り扱いについて、次の内容をご確認のうえ、ご承諾いただきますようお願いいたします。

記

1. 個人情報の利用目的について

日本診療情報管理士会は、個人情報の使用について受講者から提示いただいた名前、住所、電話番号、その他の受講者個人に関わる情報(以下「個人情報等」)を、日本診療情報管理士会 平成 29 年度スキルアップ勉強会に関する受講者への連絡、受講者管理、受付用参加者名簿の作成、会場施設への届出に利用させていただき、受講者の承諾なく、他の目的には利用いたしません。

2. 個人情報の委託について

平成 29 年度スキルアップ勉強会の開催に伴い、お預かりした個人情報等を、次に該当する場合を除き、取り扱いを委託することはありません。

・連絡物等の発送を宅配業者に委託する場合

3. 肖像権について

日本診療情報管理士会平成 29 年度スキルアップ勉強会の受講風景の画像を利用させていただくことがあります。写真等の掲載については、肖像権の観点から本会として万全の措置を取らせていただきます。

4. 個人情報の開示等について

日本診療情報管理士会は、個人情報等の開示、変更、削除の求めがあった場合には、受講者ご本人であることを確認させていただいたうえで、すみやかに対応いたします。

以上

平成 29 年 7 月 1 日

日本診療情報管理士会 会長 阿南 誠
教育委員会 委員長 島田 裕子

平成29年度スキルアップ勉強会 参加申込書兼参加票
 申込みFAX番号 03-3221-9892

コーディングおよび統計を両方お申し込みの場合は、用紙をコピーし2枚に分けてお申込みください。

★太枠の中を必ず記入してください。

(ふりがな) 氏名	会員番号
FAX (参加票返信先)	TEL (日中の連絡先)

★非会員の方は下記も記入してください。

必ず、いずれか該当するほうにチェックを入れてください		
<input type="checkbox"/> 診療情報管理士	<input type="checkbox"/> 診療情報管理士認定試験受験有資格者	
勤務先	施設名	所属部署・役職
	住所 〒 -	(※都道府県からご記入ください)
	TEL	FAX
自宅	住所 〒 -	(※都道府県からご記入ください)
	TEL	FAX

別紙「個人情報等の取り扱いに関して」に同意いただけましたら、欄にチェックをしてください。

同意する

※注:「個人情報等の取り扱いに関して」の欄にチェックがない場合は、申し込みの受付ができませんのでご注意ください。

★ご希望の勉強会の日程に○印を記入してください。※必ず申込開始日をご確認ください

コーディング・スキルアップ勉強会 (開催時間は全会場 13:30~16:30)

○印	開催日	会場名	事務局記入欄 参加番号
	平成29年8月27日(日)	岡山コンベンションセンター	
	平成29年9月30日(土)	日本病院会	
	平成29年10月22日(日)	愛知県産業労働センター	
	平成29年10月29日(日)	TKP ガーデンシティ仙台	
	平成30年1月21日(日)	ユービック情報専門学校	
	平成30年1月28日(日)	ILP お茶の水医療福祉専門学校	
	平成30年2月24日(土)	日本病院会	

統計スキルアップ勉強会 (開催時間 9:30~16:30)

○印	開催日	会場名	事務局記入欄 参加番号
	平成29年8月19日(土)	日本病院会	