

日本診療情報管理士会 登録内容の変更届

必要事項をご記入のうえ、郵便またはFAXで事務局宛にお送りください。

届出年月日 _____ 年 ____ 月 ____ 日

日本診療情報管理士会 宛

| | | | |
|----|--|------|--|
| 氏名 | | 会員番号 | |
|----|--|------|--|

変更項目にを入れ、変更内容をご記入ください。

| | | | |
|-------------|-----------------------------------------|-----------|-----------------|
| 氏名： | フリガナ(_____) | | |
| 勤務先名称： | | | |
| 所属・役職： | | | |
| 勤務先住所： | 〒 _____ | | |
| 勤務先TEL・FAX： | TEL _____ | FAX _____ | |
| 自宅住所： | 〒 _____ | | |
| 自宅TEL・FAX： | TEL _____ | FAX _____ | |
| 連絡物送付先： | [勤務先 ・ 自宅] に変更する | | ←いずれかを○で囲んでください |
| 会員種別： | 賛助会員 → 正会員 に移行する [診療情報管理士認定番号： _____] | | |
| その他： | | | |

※会員メーリングリスト(ML)へご登録いただいている方へ

会員メーリングリストの登録アドレス変更については、本届出書ではなく、**メールでの対応**となります。
下記項目をメーリングリスト専用アドレス(事務局)へ送信してください。
(誤登録の防止および登録アドレス確認のため、登録を希望するアドレスから送信してください。)

メーリングリスト専用アドレス(事務局)：kaiin@kanrishikai.jp

- 連絡項目：1. 氏名
2. 所属(施設名)、役職
3. 会員番号(郵送物の宛名シールをご確認下さい)
4. メールアドレス(旧、新)

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