

日本診療情報管理士会 入会申込書

年 月 日

- 下記事項をすべてご記入のうえ、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、[正会員 / 賛助会員] 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： | | 携帯： |
| 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＞

□ 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 |
| | |