

# 日本診療情報管理士会 入会申込書

- ① 下記事項をすべてご記入のうえ、メール添付 (info.jhima@kanrishikai.jp)、FAX (03-3221-9892) または郵送にて事務局までお申し込みください。
- ② 入会金(3,000円)・年会費(7,000円)の納入をお願いいたします。(※会計年度:4月1日～翌年3月31日)
- [ ]内はいずれかにチェック☑してください。

年 月 日

|   |   |   |  |
|---|---|---|--|
| 貴会の趣旨に賛同し、 <input type="checkbox"/> 正会員 <input type="checkbox"/> 賛助会員 ] として入会いたします。 |   |   |  |
| フリガナ<br>氏名  |   | 性別  | 生年月日<br>西暦 年 月 日生  |
| 勤務先   | (※正式名称をご記入ください)   | 所属  |  |
|   |   | 役職  |  |
| 勤務先住所   | 〒 _____ (ビル・マンション名、部屋番号も記入してください)<br>都・道<br>府・県   |   |  |
| 勤務先 TEL   | 内線 ( )  |   |  |
| 自宅住所  | 〒 _____ (ビル・マンション名、部屋番号も記入してください)<br>都・道<br>府・県   |   |  |
| 連絡先 TEL   | 自宅:   | 携帯:   |  |
| 郵送物送付先  | [ <input type="checkbox"/> 勤務先 <input type="checkbox"/> 自宅 ] に送付  |   |  |
| Eメールアドレス  |   |   |  |
| 現職種について   | 認定番号  |   |  |
|   | <input type="checkbox"/> 診療情報管理士<br><input type="checkbox"/> 診療録管理士 No. _____<br><input type="checkbox"/> 通信教育受講生<br><input type="checkbox"/> 通信教育修了者<br><input type="checkbox"/> 指定校在学学生・卒業者 | <input type="checkbox"/> 医師<br><input type="checkbox"/> 薬剤師<br><input type="checkbox"/> その他 | <input type="checkbox"/> 歯科医師<br><input type="checkbox"/> 看護師<br><input type="checkbox"/> 准看護師 |
| 記入者連絡欄  |   |   |  |

| お振り込み   |   |
|---|---|
| 10,000円(入会金3,000円・年会費7,000円)  |   |
| 【振込口座】  | 【郵便局からの場合】                              |
| 銀行名: ゆうちょ銀行(金融機関コード 9900)<br>店番: 019 店名: 〇一九店(ゼロイチキウ店)<br>預金種類: 当座 口座番号: 0446978<br>受取人名: ニホンシンリヨウジヨウホウカンリシカイ | 口座番号: 00180-8-446978<br>口座名: 日本診療情報管理士会 |

### 【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、お問合せ等への対応、会誌・書籍等の発送、研修会等のご案内
  - ・一般社団法人日本病院会 診療情報管理士通信教育事業への協力
  - ・本会の充実、改善のために行う調査・研究事業(アンケートの送付等)

### 【申込先・お問い合わせ先】

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  
 URL : <https://www.kanrishikai.jp/>

| 事務局使用欄 |       |
|--------|-------|
| 会員番号   | 入会受付日 |
|        |       |