

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⇒無料)・初年度年会費(7,000円⇒無料)新規入会者に限り(※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 氏名		性別	生年月日 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	〒 ↓都道府県を選んでください (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	内線 ()			
自宅住所	〒 ↓都道府県を選んでください (ビル・マンション名、部屋番号も記入してください)			
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	[<input type="checkbox"/> 勤務先 <input type="checkbox"/> 自宅]			
現職種について	認定番号			
	<input type="checkbox"/> 診療情報管理士 No. _____	(認定年:西暦 年、診療情報管理士勤務年数: 年)		
	<input type="checkbox"/> 診療録管理士 No. _____	<input type="checkbox"/> 医師	<input type="checkbox"/> 歯科医師	<input type="checkbox"/> 薬剤師
	<input type="checkbox"/> 通信教育受講生 No. _____	<input type="checkbox"/> 看護師	<input type="checkbox"/> 准看護師	<input type="checkbox"/> その他
	<input type="checkbox"/> 通信教育修了者			
	<input type="checkbox"/> 指定校在学学生・卒業者			
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)※新規入会者に限りお振込みは不要です	
【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) 店番: 019 店名: 〇一九店(ゼロイチキューウ店) 預金種類: 当座 口座番号: 0446978 受取人名: ニホンシンリョウウジヨウホウカンリシカイ	口座番号: 00180-8-446978 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