

「個人正会員」登録申請の注意事項

■「個人正会員」登録申請書ご記入にあたっての注意点

- ・「個人正会員」の登録データとして、登録申請いたします。全項目を正しくご記入
お願い致します。
- ・協会からメールでのご案内は、連絡先メールアドレスにメールを送信します。
- ・証明写真は、登録申請前 6 カ月以内に撮影した無帽、正面、上半身、無背景の縦 3
cm、横 2.4 cmの写真（カラー・白黒問わず）を貼付けてください。
- ・連絡先メールアドレスと日中連絡先電話番号は、再度ご確認のうえ、お間違えのな
いように必ずご記入ください。

■登録申請にあたって、「個人正会員」登録申請書（振替払込請求書兼受領証を貼付）、履 歴書、誓約書、身分証明書、登記されていないことの証明書の 5 点を日本医療経営実践 協会へ送付してください。

「身分証明書」、「登記されていないことの証明書」は入手に 2 週間位かかることがあり
ます。早めにお手続きをお願い致します。

■ご記入が済みましたら、登録料・年度会費を郵便局に備え付けの「払込取扱票」または、 ATM で下記【口座番号】【加入者名】宛にご入金ください。

【口座番号】 ゆうちょ銀行 00100-3-457040

【加入者名】 一般社団法人 日本医療経営実践協会

* ゆうちょ銀行以外の金融機関からお振込みの場合

【支店名】 〇一九(ゼロイチキョウ)店 【口座番号】 当座 0457040

■振替払込請求書兼受領証を「個人正会員」登録申請書の貼付欄に貼り付けて、郵送でお 送りください。

..... 郵送される場合に切り取ってお使い下さい.....

〒101-0033
東京都千代田区神田岩本町4-14
神田平成ビル7階
一般社団法人 日本医療経営実践協会
事務局 行
「個人正会員登録申請書類 在中」



氏名 石戸 仲善



一般社団法人日本医療経営実践協会「個人正会員」登録申請書

私は、一般社団法人日本医療経営実践協会の定める会員規約に同意し、「個人正会員」登録申請をします。

■下記内容を「個人正会員」名簿として、登録いたします。全項目を正しくご記入お願い致します。
本協会からの郵送物やメール送信先は、ご自宅・勤務先のご指定先へお送りいたします。ご希望の送付先にしてください。

フリガナ	イシト	ナカヨシ	3級合格証書番号(11桁記入)	
氏名	姓 石戸	名 仲善	31234567890	
生年月日	<input checked="" type="checkbox"/> 昭和 <input type="checkbox"/> 平成	53年 7月 9日	性別	<input checked="" type="checkbox"/> 男 <input type="checkbox"/> 女

自宅	フリガナ	トウキョウト千代田区岩本町 XXX-XX		平成ビル7F	
	住所 (建物名・部屋 番号記入)	(〒107 - 00XX)		東京ビル7F	
	本籍	東京都 (都) 道府県			
	電話番号	03-0000-0000	FAX	03-0000-0000	
	E-mail	naka-ishito @ yahoo.00.00			
勤務先	名称	△△△総合病院			
	所属	事務部 医事課	役職	主任	
	業種	病院	職種	医療事務	
	フリガナ	トウキョウト千代田区日本橋 XXX-XX			
	住所 (建物名・部屋 番号記入)	(〒103 - XXXX)		東京ビル7F	
電話番号	03-0000-0000	FAX	03-0000-0000		
E-mail	nakayoshi @ jmma.000.00				
郵送物の 送付先	<input checked="" type="checkbox"/> 自宅 <input type="checkbox"/> 勤務先	日中連絡先 電話番号	090-0000-0000		
連絡先 メールアドレス	naka-ishito @ yahoo.00.00				

【事務局使用欄】

3級会員登録番号	2級会員登録番号	

【個人情報の取り扱いについて】一般社団法人日本医療経営実践協会では、個人情報の保護に努めております。詳細は当協会のホームページ (<http://www.JMMPA.jp>)に掲載されておりますプライバシーポリシーをご覧ください。本申請書にご記入いただいた個人情報につきましては、本人確認、会員台帳の作成、会員証の交付及び認定試験に関する連絡、各種情報提供の目的のみに使用いたします。

氏名: 石戸仲善

振替払込請求書兼受領証

【郵便振替】

口座記号番号	001003
加入者名	一般社団法人 日本医療経営実践協会
金額	20000
ご依頼人	石戸仲善様
料金	XX0 円
備考	日附印 24.12-00 中央 勝どき三 郵便局 00XX0 N915-6789X0

記載事項を訂正した場合は、その箇所に訂正印を押してください。

「郵便振替本

不可)を

この受領証は、大切に保管してください。

写真貼付

(縦3cm×横2.4cm)
 ・申請前6か月以内に撮影した無帽、正面、上半身、無背景のもの
 ・裏面に氏名、撮影年月を記載

氏名 _____ 印 _____

一般社団法人日本医療経営実践協会「個人正会員」登録申請書

私は、一般社団法人日本医療経営実践協会の定める会員規約に同意し、「個人正会員」登録申請をします。

■下記内容を「個人正会員」名簿として、登録いたします。全項目を正しくご記入お願い致します。
 本協会からの郵送物やメール送信先は、ご自宅・勤務先のご指定先へお送りいたします。ご希望の送付先にしてください。

フリガナ			3級合格証書番号(11桁記入)	
氏名	姓	名		
生年月日	<input type="checkbox"/> 昭和	<input type="checkbox"/> 平成	年 月 日	性別 <input type="checkbox"/> 男 <input type="checkbox"/> 女

自 宅	フリガナ			
	住所 (建物名・部屋番号記入)	(〒 -)		
	本籍	都 道 府 県		
	電話番号		FAX	
	E-mail	@		
勤 務 先	名称			
	所属		役職	
	業種		職種	
	フリガナ			
	住所 (建物名・部屋番号記入)	(〒 -)		
	電話番号		FAX	
	E-mail	@		
郵送物の送付先	<input type="checkbox"/> 自宅	<input type="checkbox"/> 勤務先	日中連絡先電話番号	
連絡先メールアドレス	@			

【事務局使用欄】		
3級会員登録番号	2級会員登録番号	

【個人情報の取り扱いについて】一般社団法人日本医療経営実践協会では、個人情報の保護に努めております。詳細は当協会のホームページ(<http://www.JMMPA.jp>)に掲載されておりますプライバシーポリシーをご覧ください。本申請書にご記入いただいた個人情報につきましては、本人確認、会員台帳の作成、会員証の交付及び認定試験に関する連絡、各種情報提供の目的のみに使用いたします。

平成 年 月 日

一般社団法人日本医療経営実践協会 代表理事 殿

誓 約 書

私は、今般、一般社団法人日本医療経営実践協会の主旨に賛同し、必要書類を添え申請いたします。

なお、入会後は、会員規約を順守し、会の主旨に反しないことを誓います。

氏名

印