

写真貼付

(縦3cm×横2.4cm)  
 ・申請前6ヵ月以内に撮影した無帽、正面、上半身(おおむね胸から上)、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「正会員」等級変更申請書  
 (3級⇒2級、2級⇒1級への登録申請用)

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、「正会員」等級変更申請をします。

■下記内容を「正会員」名簿として、等級変更いたします。全項目を正しくご記入お願いいたします。  
 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			認定登録番号(14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	都道府県のみをご記入ください。		
	電話番号		FAX	
	E-mail	@		
勤務先	名称			
	所属		役職	
	業種		職種	
	業種区分 <small>※該当番号に○</small>	1:大学生・短大生 4:病医院(医師・看護師・メディカルスタッフ) 5:病医院(その他) 6:医療関連企業 7:金融機関 8:医薬品製造・卸売 9:医療機器製造・卸売 99:その他		
勤務先	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	@			

【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。

事務局使用欄	級認定登録番号							
	受付	登録	確認	M	E	Pho	M/T	書類

**【銀行振込ご利用明細票等貼付欄】**

等級変更事務手数料を振り込みのう  
え、  
「銀行振込ご利用明細票」等(コピー  
可)を本欄に必ず全面のり付けしてくだ  
さい。  
(ネットバンキングの際は画面印刷も  
可)