個人申請用

一般社団法人日本医療経営実践協会　代表理事　殿

申請日:　　年　　月　　日

氏名　　印

一般社団法人日本医療経営実践協会「正会員」更新申請書

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、「正会員」更新申請をします。

■下記内容を「正会員」名簿として、更新申請いたします。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。

ﾌﾘｶﾞﾅ			認定登録番号(14桁記入)	
氏　名	姓	名		
生年月日	□昭和　□平成　年　月　日		性別	□男　□女

自宅	ﾌﾘｶﾞﾅ			
	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 ※該当番号に○	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(事務職)　6:医療関連企業 7:金融機関　8:医薬品製造　82:医薬品卸売　9:医療機器製造・卸売　99:その他		
	ﾌﾘｶﾞﾅ			
	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	□自宅　□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、認定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

認定登録番号													

受付	登録	確認	M	E	Pho	M/T	書類

【銀行振込明細票等貼付欄】

「銀行振込明細票等」(コピー可)を貼付
または『振込日・振込依頼人・金額』が
わかるものを印刷の上同封してください