

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、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」入会登録申請書

私は、一般社団法人日本医療経営実践協会「個人正会員」の、入会登録申請をします。

フリガナ				合格証書番号(11桁記入ください)	
氏 名		姓	名		
生年月日		☐ 昭和 ☐ 平成 年 月 日			性別 ☐ 男 ☐ 女
自 宅	フリガナ				本籍
	住 所 (建物名・棟・室番号などある場合はすべて記入)	(〒 -)			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				
	所在地 (建物名・棟・室番号などある場合はすべて記入)	(〒 -)			
	電話番号			FAX	
	E-mail	@			

※生年月日・性別欄は、該当する欄に☑印をして下さい。

日中連絡先 電話番号	
郵送物などの 送付先(E-mail含)	☐ 自宅 ☐ 勤務先

【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。

【郵便振替払込請求書兼受領証貼付欄】

登録手数料を振り込みのうえ、「郵便振替払込請求書兼受領証」原本(コピー不可)を本欄に必ず全面のり付けしてください。

《ご注意ください》
すでに「個人正会員」の方と登録申請中の方は、入金の必要がありません。

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、必要書類を添え入会を申し込みます。

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

履 歴 書

ふりがな 氏 名		印
男 ・ 女		
昭和 ・ 平成 年 月 日生(満 才)	本籍 都 道 府 県	
ふりがな 現住所 〒 - -	電話番号 () —	
連絡先(現住所以外に連絡を希望する場合のみ記入) 〒 - -	電話番号 () —	

年	月	学歴(最終学歴)
年	月	職 歴
年	月	賞 罰
		☐ なし ☐ あり *「あり」の方は下段に詳細をご記入ください。