

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、上三分身(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」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、「正会員」登録を申請します。

■下記内容を「正会員」名簿として登録しますので、全項目を正しくご記入ください。
 本会からの郵送物は、「自宅」または「勤務先」にお送りします。ご希望の送付先に をしてください。
 メールでのご連絡は、「連絡先メールアドレス」に記載のメールアドレスに送信します。

フリガナ			3級合格証明書(受験)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○してください</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・販売 99:その他		
	フリガナ			
先	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。詳細は本会ホームページ(<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は、本人確認、会員名簿の作成、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	級認定登録番号									
	受付	登録	確認	M	E	Pho	書類			

【銀行振込ご利用明細票等貼付欄】

登録料と年度会費を振り込みのうえ、
「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)

<<登録料+年度会費 20,000円>>