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

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。

ﾌﾘｶﾞﾅ			3級合格証明書（受験）番号(11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Oしてください	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）