

一般社団法人日本医療経営実践協会 代表理事 殿

氏名 _____ 印 _____

一般社団法人日本医療経営実践協会「正会員」登録**変更**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」登録変更申請をします。

■下記内容を「正会員」名簿として、登録いたします。全項目を正しくご記入をお願いいたします。
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 ☒ 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		☐ 昭和 ☐ 平成		年 月 日 ☐ 男 ☐ 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 ※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・販売 99: その他			
	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	☐ 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。

[illegible]