病院経営管理士会 入会申込書

病院経営管理士会 会長 様　　年　　月　　日

貴会の趣旨に賛同し入会いたします。

●会員種別に✔印をつけてください。　**□ 正 会 員 ： 年会費 10,000円**
□ 賛助会員 ： 一口 10,000円（一口以上）

● 下記の必要事項をご記入のうえ、会費払込受領書のコピーを添付して本紙を当会までお送りください。
●［　］内はいずれかを〇で囲んで下さい。

フリガナ		性別	生年月日	受講期※通教卒業生のみ
氏名		男 ／ 女	西暦　　年　　月　　日生	回生
勤務先		所属・役職		
勤務先住所	〒 都・道 府・県		（ビル・マンション名、部屋番号も記入してください）	
勤務先 TEL	FAX:			
自宅住所	〒 都・道 府・県		（ビル・マンション名、部屋番号も記入してください）	
自宅 TEL	携帯:			
資料送付先	［ 勤務先 ／ 自宅 ］に送付する。			
E-mail	［ 勤務先 / 自宅 / 携帯 ］ ※事務局よりご案内等をメールでお送りしますので、必ずご記入ください。			

◆ウェブサイト（会員専用サイト）への掲載について◆

①氏名を掲載する　［ はい ／ いいえ ］　②Eメールアドレスを掲載する［ はい ／ いいえ ］

③自己紹介文を掲載する［ はい ／ いいえ ］※自己紹介文を掲載する場合は、下欄にご記入ください。

自己紹介文:

記入者連絡欄:

郵便振替払込受領証もしくは受領証コピーを貼り付けてください。

【振込先】

＜郵便局の場合＞

口 座 名:　病院経営管理士会

口座番号:　00190-4-96141

＜ゆうちょ銀行の場合＞

金融機関コード: 9900

店　番　：019

店　名（カナ）：〇一九店（ゼロイチキュウ店）

預金種類　：当座

口座番号　：0096141

カナ氏名　：ビョウインケイエイカンリシカイ（受取人名）

（※送金手数料はご負担下さい）

【事務局連絡事項】

※ご記入いただきました個人情報は、以下の利用目的に限り使用いたします。

・会員管理、会誌・書類等の発送、研修会ご案内、その他附帯する会の事業の提供。

・会の充実、改善のための調査・研究（アンケート送付等）。

【申込先】

病院経営管理士会　事務局
〒102-8414　東京都千代田区三番町9-15
ホスピタルプラザビル　一般社団法人日本病院会内
TEL：03-5226-7789　FAX：03-3230-2898
E-mail：info@jha-e.com
URL：http://jhmaa.com/

事務局使用欄	
会員番号	入会受付日