

# 病院経営管理士会 入会申込書

病院経営管理士会 会長 様  
貴会の趣旨に賛同し入会いたします。

年 月 日

- 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○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	〒 _____ (ビル・マンション名、部屋番号も記入してください) 都・道 府・県			
勤務先 TEL	FAX:			
自宅住所	〒 _____ (ビル・マンション名、部屋番号も記入してください) 都・道 府・県			
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。			
<b>◆ウェブサイト(会員専用サイト)への掲載について◆</b>				
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(ゼロイチキョウ店)  
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: 03-3265-1281 FAX: 03-3265-1282  
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