

病院経営管理士会 入会申込書

- ① **下記事項をすべてご記入のうえ**、メール添付 (b-keiei@jhmaa.com)、FAX (03-6426-0735) または郵送にて事務局までお申し込みください。
- ② 会費の納入をお願いいたします。(※会計年度: 4月1日～翌年3月31日)
- [] 内はいずれかにチェック☑してください。 年 月 日

病院経営管理士会 会長 様				
貴会の趣旨に賛同し、[☐ 正会員 ☐ 賛助会員] として入会いたします。				
フリガナ		性別	生年月日	受講期※通教卒業生のみ
氏 名			西暦 年 月 日生	回 生
勤務先	(※正式名称をご記入下さい)	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	- - 内線 ()			
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			
連絡先 TEL	自宅: - - 携帯: - -			
郵送物送付先	[☐ 勤務先 ☐ 自宅] に送付			
Eメールアドレス	※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。 [☐ 勤務先 ☐ 自宅 ☐ 携帯]			
◆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				

お振り込み	
(1)正会員 会費 10,000円	(2)賛助会員 会費 一口 10,000円(一口以上)
【振込口座】	【郵便局からの場合】
銀行名: ゆうちょ銀行(金融機関コード 9900) 店 番: 019 店 名: ○ー九店(ゼロイチキュウ店) 預金種類: 当座 口座番号: 0096141 受取人名: ビョウインケイエイカンリシカイ	口座番号: 00190-4-96141 口座名: 病院経営管理士会
(※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・書籍等の発送、研修会等のご案内、その他附帯する会の事業の提供。
・本会の充実、改善のために行う調査・研究事業(アンケートの送付等)

【申込先・お問い合わせ先】

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 : 03-6426-0703 FAX : 03-6426-0735
E-mail:b-keiei@jhmaa.com URL: https://jhmaa.com/

事務局使用欄	
会員番号	入会受付日