

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)							
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)							
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] <small>※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。</small>							

◆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>

□ 座 名: 病院経営管理士会
□ 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 : ビヨ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、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 : b-keiei@jhmaa.com
URL : https://jhmaa.com/

事務局使用欄	
会員番号	入会受付日