

【日本医療マネジメント学会一般正会員入会申込書】（郵送またはFAXでのお申込）

日本医療マネジメント学会事務局 宛
 FAX 096-359-1606

〒860-0806 熊本市中央区花畑町1-1 大樹生命熊本ビル3階
 TEL 096-359-9099 E-mail jhm@space.ocn.ne.jp

入会申込日	年 月 日			
会員種別	<input type="checkbox"/> 医師・歯科医師 <input type="checkbox"/> 医療スタッフ・福祉・一般（いずれかに✓）			
ふりがな			性別（いずれかに✓）	
氏名			<input type="checkbox"/> 男 <input type="checkbox"/> 女	
勤務機関	名称			
	所属・役職			
	職種 <small>（いずれかに○）</small>	1. 医師・歯科医師 2. 看護師・保健師・助産師 3. 薬剤師 4. 臨床検査技師 5. 診療放射線技師 6. 理学療法士 7. 作業療法士 8. 言語聴覚士 9. 臨床工学技士 10. 管理栄養士 11. 社会福祉士 12. 精神保健福祉士 13. 診療情報管理士 14. 事務 15. 企業 16. その他（ ）		
	所在地	〒		
	電話番号		FAX番号	
	E-mail	<small>※同一のメールアドレスを複数人で使用することはできませんので個人のメールアドレスをご記入ください。</small>		
	自宅	住所	〒	
電話番号			FAX番号	
連絡先	<input type="checkbox"/> 勤務先 <input type="checkbox"/> 自宅（いずれかに✓） ※学会雑誌の送付先となります。			
生年月日	（西暦） 年 月 日			
事務局 使用欄			受付印	