## 【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 office@jhm.or.jp

| | | | | |
|---|---|---|---|---|
| 入会申込日 | 年　月　日 | | | |
| 会員種別 | □　医師・歯科医師　□　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 | | | □男　・　□女 | |
| 勤務機関 | 名　称 | | | |
| | 所属・役職 | | | |
| | 職　種（いずれかに〇） | 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<br>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<br>10. 管理栄養士　11. 社会福祉士　12. 精神保健福祉士　13. 公認心理師<br>14. 診療情報管理士　15. 事務　16. 企業　17. その他（　　） | | |
| | 所在地 | 〒 | | |
| | 電話番号 | | FAX番号 | |
| | E-mail | ※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。 | | |
| | 当学会からのメールの配信を希望されない方は、右記にチェックを入れて下さい。 | □　メール配信を希望しない | | |
| 自　宅 | 住　所 | 〒 | | |
| | 電話番号 | | FAX番号 | |
| 連絡先 | □　勤務先　□　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 | |