【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○）	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. 公認心理師 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	