

**診療情報管理士 登録内容変更届**

年 月 日

登録情報の変更があった場合は、メールまたは郵送で事務局までお送りください。

**<メールの場合>**

送信先: shinryo@hospital.or.jp

件名: 診療情報管理士 登録内容変更届

本文: A欄すべての項目とB欄①から⑨のうちの変更があった項目を入力

必要事項を入力し、事務局までメールしてください。

**<郵送の場合>**

本紙、A欄すべての項目とB欄①から⑨のうちの変更があった項目を記入し、事務局まで郵送してください。

**●A欄: すべての項目を記入してください。**

フリガナ 氏名:	認定番号 又は 受講番号
生年月日: 西暦 年 月 日	日中連絡先 TEL: — —

**●B欄: 変更項目のみ記入してください。**

① フリガナ	
② 氏名: (旧姓: )	
③ 勤務先名:	④ 所属・役職:
⑤ 勤務先 住所: 〒	
⑥ 勤務先TEL:	
⑦ 自宅 住所: 〒	
⑧ 自宅TEL:	⑨ 携帯番号:
⑩ メールアドレス:	
連絡欄:	

**【個人情報の取り扱いについて】**

記入された個人情報は、以下の利用目的に限り使用します。

- ・診療情報管理士資格者への連絡事項、情報の提供
- ・診療情報管理士の資格発展のための調査・研究(アンケートなど)

※3年に一度実施している診療情報管理士現況調査の案内は、「自宅」に送付します。

**【問合わせ・送付先】**

一般社団法人日本病院会 教育課  
教育課 診療情報管理士係  
〒102-8414 東京都千代田区三番町9-15  
TEL: 03-5215-6647(平日10:00~17:00)  
Mail: shinryo@hospital.or.jp