

診療情報管理士 変更届書

年 月 日

- 変更等は、太枠内を全て記入の上、下欄に変更内容を記入し、診療情報管理士通信教育事務局宛に FAX または 郵送にてお送りください。

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: — —

- 変更項目を記入してください。

(変更箇所のみ記入)

フリガナ 氏 名 : (旧姓:)	
勤務先名 :	所属・役職 :
〒 勤務先住所 :	
勤務先 TEL:	FAX:
メールアドレス :	
〒 自宅住所 :	
自 宅 TEL:	FAX:
メールアドレス :	
連絡物郵送先: [勤務先 ・ 自宅] に変更する。(※希望する送付先に○をつけてください)	
記入者連絡欄:	

- (注1) ・転勤・引っ越しなどで勤務先(自宅)住所が変更になった場合
・連絡物郵送先を勤務先から自宅に変更する場合(またはその逆)

- (注2) 記入された個人情報、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)

【問合わせ・送付先】〒102-8414 東京都千代田区三番町9-15

一般社団法人日本病院会 通信教育課 診療情報管理士係
TEL:03-5215-6647 FAX:03-5215-6648