

※受付番号

2 5

医師事務作業補助者コース 第 25 期 受講申込書

<写真貼付>

- 縦 4cm×横 3cm
- 本人単身、上半身正面脱帽カラー写真(白黒不可)
- 裏面に氏名、生年月日を記載

<記入に関する注意>

- 写真を必ず貼付けてください ・ 黒のボールペンを使用し、楷書体で丁寧に記入してください
- は黒く塗りつぶしてください (良い例: ■ 悪い例: □) ・ フリガナの濁点半濁点は 1 マス使用して記入してください

お名前に旧字体はありますか □ある □ない

※「ない」の場合は新字体での登録です。※旧字体は証状発行時のみに使用します。(通常郵便物等は新字体です。)

申込書記入日	2	0	2	1	年		月		日
--------	---	---	---	---	---	--	---	--	---

	姓				名			
フリガナ(カタカナ記入)								
氏名 <small>(旧字体は正確に記入してください)</small>								
性別	<input type="checkbox"/> 男 <input type="checkbox"/> 女							
生年月日(西暦)			年			月		日
最終学歴	<input type="checkbox"/> 高校 <input type="checkbox"/> 専門学校				最終学歴学校名			
	<input type="checkbox"/> 短期大学 <input type="checkbox"/> 大学 <input type="checkbox"/> 大学院							
卒業年月日(西暦)			年			月		日
診療情報管理士	認定番号		※認定者のみ記入					
	通信教育受講番号		※受講者のみ記入					
郵便物送付先	<input type="checkbox"/> 勤務先 <input type="checkbox"/> 自宅		※1つ選択		診療情報管理士認定者・診療情報管理士通信教育の修了者(ともに条件有)は、基礎知識を習得するための研修は受講済みとして、所定の申請により、基礎知識研修の修了証明書が発行されます。詳細は、本コースの Web サイトにてご確認ください。Web サイト https://www.hospital.or.jp/ishijimu/			
日中電話連絡先	<input type="checkbox"/> 勤務先 <input type="checkbox"/> 自宅 <input type="checkbox"/> 携帯		※複数選択可					
受講料負担者	<input type="checkbox"/> 個人 <input type="checkbox"/> 法人(勤務先)		※1つ選択					
「個人情報等の取扱いに関して(別紙 3)」の同意の有無	<input type="checkbox"/> 同意します		※チェック未記入は、申込受理できません					
自宅住所	〒							
マンション・アパート名								
自宅電話番号			-				-	
携帯番号			-				-	
勤務先(派遣先)名								
勤務先(派遣先)所属								
勤務先(派遣先)住所	〒							
勤務先(派遣先)電話番号			-				-	
派遣元会社名 *派遣社員の場合のみ記入	【派遣会社名】				【担当者】			
	【電話番号】				※申込者本人にご連絡がつかない場合 ご連絡させていただきます。			

※受講状況など重要なお知らせを配信します。アルファベットや数字、-(ハイフン)、_(アンダーバー)等を明確に区別して記入してください。

連絡用 e-mail (必須)			【例】J_10@jha-e.com	
--------------------	--	--	-------------------	--

年 月 日

承諾書

病院名 _____

受講生氏名 _____

一般社団法人日本病院会「医師事務作業補助者コース」の研修内容を当院の医師事務作業補助者研修として認め、上記の者が受講することを承諾します。

診療情報管理士教育委員会
委員長 武田 隆久 殿

病院名 _____

役 職 _____

病院管理者氏名 _____ ⑩

注) 承諾署名・押印者は、病院管理者（原則、院長または理事長）であること。

【 提出不要 】

「個人情報等の取り扱いに関して」に承諾いただけましたら、別紙1（受講申込書）の「同意の有無」の欄にをしてください。チェックがない場合、申込受理ができません。

個人情報等の取り扱いに関して

一般社団法人日本病院会診療情報管理士教育委員会は、下記により貴殿の個人情報等を取り扱います。内容を確認のうえ、ご承諾いただきますようお願いいたします。

記

1. 個人情報の利用目的について
貴殿から提示いただいた氏名、住所、電話番号、メールアドレス、顔写真など個人を識別できる情報（以下「個人情報」という）の利用目的は以下の通りとし、貴殿の承諾なく目的外の利用は行いません。
 - ・申し込みいただいた教育等の提供のため
 - ・申し込みいただいた試験の実施のため
 - ・修了もしくは認定の管理のため
 - ・教育、試験、修了および認定等に関する受講料、受験料、認定料等のお支払い手続きのため
 - ・各種問い合わせ対応、案内のため
2. 個人情報の第三者提供について
取得した個人情報を、以下に該当する場合を除き、第三者へ提供することはありません。
 - ・上記1の利用目的の範囲内において、必要に応じて厳正に管理された委託先に個人情報の取り扱いを委託する場合
3. 個人情報の提供の任意性について
個人情報の開示、変更、削除の求めがあった場合には、貴殿からの申し出であることを確認させていただいたうえで、すみやかに対応いたします。
4. 個人情報の提供の任意性について
個人情報の提供がされない場合は、上記1の教育、試験、修了および認定等を受けることはできません。
5. その他
事業の記録および紹介の目的で、個人の特定ができない範囲で講義風景等の写真、映像を撮影、使用することがあります。

以上

一般社団法人 日本病院会
診療情報管理士教育委員会
委員長 武田 隆久