

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⑩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⑩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。

【問い合わせ・送付先】

一般社団法人日本病院会 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