

1 9

*受付番号

医師事務作業補助者コース 第 19 期生受講申込書

<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となります。
 ※旧字体は証状発行時のみに使用します。(通常の郵便物等は新字体となります)

<写真貼付>

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

申込書記入日 平成 3 0 年 月 日

	姓		名		捺印 
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 <input type="checkbox"/> 短期大学 <input type="checkbox"/> 大学 <input type="checkbox"/> 大学院		最終学歴学校名		
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				
希望会場	<input type="checkbox"/> 長野 <input type="checkbox"/> 東京 <input type="checkbox"/> 愛知 <input type="checkbox"/> 高知				* 個人情報については、「日本病院会における個人情報保護方針」に基づき、通信教育に関連する業務に限り使用します。 「日本病院会における個人情報保護方針」に同意の上、記入してください。(https://www.hospital.or.jp/privacy/)
郵便物送付先(1つ選択)	<input type="checkbox"/> 勤務先 <input type="checkbox"/> 自宅				
日中電話連絡先	<input type="checkbox"/> 勤務先 <input type="checkbox"/> 自宅 <input type="checkbox"/> 携帯				

自宅住所	〒 - - - - -				
マンション・アパート名					
自宅電話番号	- - - - -				
携帯番号	- - - - -				
自宅 e-mail	@				

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	- - - - -				
勤務先(派遣先)e-mail	@				
派遣元会社名 <small>*派遣社員の場合のみ記入</small>					

平成 年 月 日

承諾書

病院名 _____

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。

平成 年 月 日

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 _____

氏名 _____ (印)

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。

個人情報等の取り扱いに関して

日本病院会主催 医師事務作業補助者コースにおきまして、下記によりあなたの肖像（受講風景等の画像）ならびに個人情報を利用させていただきたく、内容をご確認のうえ、ご承諾いただきますようお願い申し上げます。

なお、写真等の掲載および個人情報の取り扱いについては、肖像権並びに個人情報保護の観点から本会として万全の措置を取らせていただきます。

記

1.個人情報の利用目的について

肖像並びに個人情報の使用について一般社団法人日本病院会は、受講者からご提示いただいた名前、住所、電話番号、性別その他の受講者個人に関わる情報（以下「個人情報等」）を、日本病院会 医師事務作業補助者コースに関する受講者への連絡、受講者管理、修了証の作成に利用させていただき、受講者の承諾なく、他の目的には利用いたしません。

2.個人情報の委託について

一般社団法人日本病院会は、医師事務作業補助者コース開催に伴いお預かりした個人情報等を、以下のいずれかに該当する場合を除き、取り扱いを委託することはありません。

- ・連絡物の作成、発送を業者に委託する場合

3.個人情報の提供の任意性について

個人情報の提供がされない場合、受講することが出来ません。

4.個人情報の開示等について

一般社団法人日本病院会は、個人情報等の開示、変更、削除の求めがあった場合には、受講者ご本人であることをご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。また、入講後は、個人情報等を含む受講申込書類一式は原則、返却いたしません。

個人情報保護管理者

以上

「個人情報等の取り扱いに関して」に同意いただけましたら、以下の承諾書にご自署願います。

平成 30 年 9 月 1 日

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

個人情報等の使用に係る同意書

「日本病院会主催医師事務作業補助者コース 個人情報等の取り扱いに関して」に同意します。

平成 30 年 月 日

勤務先名： _____

ご署名： _____