

# 入会申込書



一般社団法人  
全日本医療経営研究会 御中

裏面記載の貴会会則を了承し、入会を申し込みます。

お申込日	令和 年 月 日	生年月日	昭和 平成 年 月 日
氏名  (法人お申込の場合、法人名と理事長名)	(フリガナ) ..... 〒□□□-□□□□		印
自宅住所	(フリガナ) ..... 〒□□□-□□□□ 都道 区市 府県 郡		
電話番号	— —	FAX番号	— —
勤め先 (医院名)	(フリガナ) .....		
勤め先住所	(フリガナ) ..... 〒□□□-□□□□ 都道 区市 府県 郡		
電話番号	— —	FAX番号	— —
診療科目	出身校		
医療経営 ニュース (会報) 送付先	<input type="checkbox"/> 自宅へ送付                 ・ <input type="checkbox"/> 勤め先へ送付                 ・ <input type="checkbox"/> 電子メールにて配信 メールアドレス [ ]		

## 全日本医療経営研究会使用欄

会員コード	.....	受付日	年 月 日
診療科目コード	.....	開業区分	都道府県区分
担当者	.....	担当者コード	.....

- ご記入いただいたお客様の個人情報は、お客様から当会へ請求された資料の送付及び当会からお客様への情報提供のためのみに使用いたします。 【NET用】
- ご提供いただいたお客様の個人情報については、お客様の同意を得ないで第三者に提供いたしません。ただし、法令等に基づき機関からの要請があった場合、当該機関に提供する場合があります。