

## 特定非営利活動法人北海道診療情報管理研究会 変更届

|      |                        |  |
|------|------------------------|--|
| フリガナ | (※個人会員以外は代表者名をご記入ください) | 会員   |
| 氏 名  |                        | <ul style="list-style-type: none"> <li>・施設・個人</li> <li>・賛助・学生</li> </ul> |

※変更した項目のみを記入後、下記の連絡先あてにFAXまたは郵送にてお送りください。

|                  |                                 |                     |  |
|------------------|---------------------------------|---------------------|--|
| フリガナ             | (※個人会員以外は代表者名をご記入ください)          |                     | 会員   |
| 氏 名              |                                 |                     | <ul style="list-style-type: none"> <li>・施設・個人</li> <li>・賛助・学生</li> </ul> |
| 施 設 名<br>(勤 務 先) | (※正式名称をご記入ください)                 | 所 属<br>(役 職)        |  |
| 所 在 地<br>(勤務先住所) | 〒                               |                     |  |
| Eメールアドレス         |                                 |                     |  |
| 電 話 番 号          | 連絡担当者                           |                     | (所属)   |
| F A X 番 号        |                                 |                     | (氏名)   |
| 診療情報管理部門の有無      | 有 ・ 無                           | 病 床 数               | 床  |
| 自 宅 住 所          | 〒                               |                     |  |
| 電 話 番 号          |                                 | F A X 番 号           |  |
| 連 絡 先            | 自宅 ・ 勤務先                        | 生年月日 (和暦) 年 月 日     |  |
| 診療情報管理士<br>資格の有無 | 有 ・ 無                           | 取得年月日 (和暦) 年 月 / 期生 |  |
| 会員名簿への掲載         | 住所のみ可 ・ 電話のみ可 ・ 住所、電話番号とも可 ・ 不可 |                     |  |

□ 変更届連絡先      〒060-0061 札幌市中央区南1条西14丁目  
 社会医療法人 医仁会 中村記念病院 診療情報管理室内  
 特定非営利活動法人北海道診療情報管理研究会事務局  
 TEL / FAX (011)231-8561

**[事務局欄]**

|       |       |        |  |
|-------|-------|--------|--|
| 受 領 日 | 年 月 日 | 事務局担当者 |  |
|-------|-------|--------|--|