

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"> ・施設・個人 ・賛助・学生

※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"> ・施設・個人 ・賛助・学生
施設名 (勤務先)	(※正式名称をご記入ください)	所属 (役職)	
所在地 (勤務先住所)	〒		
Eメールアドレス			
電話番号		連絡担当者	(所属)
FAX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		FAX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 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	
-----	-------	--------	--