**データヘルス支援施設　認定証申込書**

認定証を希望される場合は、認定証発行料を下記口座へお振込みの上、本申込書を

メール（info@jmhts.org）またはFAX（03-5413-0016）にて事務局までお送りください。

申込日　２０　　　年　　　月　　　日

|  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- |
| 施設名 |  | 施設会員番号 |  |
| 担当者氏名 |  | 担当者電話番号 |  |
| 担当者メールアドレス |  |
| 認定証送付先 | （〒　　　　　　　） |

**＜認証条件の充足状況についてご回答ください＞**

　※すべての項目が「はい」の場合のみお申込いただけます。

|  |  |  |
| --- | --- | --- |
| ① | 情報セキュリティ認証は取得していますか？（プライバシーマーク、ISO、JISなど） | （　はい　　いいえ　） |
| →①で「はい」と回答された場合以下をご記入ください。 |
| 取得している情報セキュリティ認証名 | 認定期限 | 登録番号 |
|  | 年　　月 |  |
|  | 年　　月 |  |
|  | 年　　月 |  |
| ② | 2022年度の受診者統計Bは提出しましたか？ | （　はい　　いいえ　） |
| ③ | データヘルス研修会現地：2023年7月15日（土）秋葉原UDX　または配信：2023年7月19日（水）～8月1日（火）に参加しましたか？ | （　はい　　いいえ　） |

申込書が到着後、振込みが確認できましたら2週間程度で認定証を上記送付先にお送りいたします。ご不明な点がありましたら下記までご連絡ください。

**【認定証発行料】**　￥2,000-（内消費税￥181）

**【振込先】**

金融機関名：三菱UFJ銀行　渋谷明治通支店

口座番号：普通預金　No．4070406

口座名義：

シャ）ニホンソウゴウケンシンイガクカイ

※　お振込の際は、必ず施設会員番号を先頭にご入力ください。

振込入力例　：　９９９A ソウゴウケンシンセンター

**＜お申込先＞**

**メール：info@jmhts.org**

**FAX：03-5413-0016**

一般社団法人日本総合健診医学会事務局

〒151-0051　東京都渋谷区千駄ヶ谷

1丁目31-10　セシア千駄ヶ谷ビル2階

TEL：03-5413-4400