

総合健診指導士・総合健診業務管理士 変更届

- ・資格種別、登録番号、氏名は必ずご記入ください。
- ・変更箇所を○で囲み、ご記入ください。
- ・本学会の会員施設以外に勤務先を変更する場合は、「個人会員」としての登録が必要となります。
「個人会員」へのご登録がない場合は、資格喪失となりますので、ご注意ください。

受付後、1週間以内に修正登録を行います。学会ホームページの会員専用画面で登録状況をご確認ください。

記入年月日		年 月 日	
※変更が生じた年月日		年 月 日	
		※届出提出後に変更が生じる場合は、その年月日をご記入ください	
※資格種別 (いずれかに○印をつけてください)		指導士 ・ 業務管理士	※登録番号
ふりがな		個人会員番号	
氏 名			
英語表記 (姓・名)			
勤務先	※施設会員番号	※所属施設が本学会施設会員の場合のみ ※個人会員未入会の場合は、勤務先が施設会員であることが認定資格条件となります。	
	勤務先名		
	所 属		役 職
	郵便番号	-	都道府県
	住 所 1 (市町村郡、番地)		
	住 所 2 (ビル名等)		
	代表電話番号		直通電話番号 (含内線)
	代表FAX番号		直通FAX番号 (含内線)
自宅	郵便番号	-	都道府県
	住 所 1 (市町村郡、番地)		
	住 所 2 (マンション名等)		
	電話番号		FAX番号
Eメールアドレス (携帯電話アドレス不可)	"0"と"〇"、"1"と"I"、"2"と"Z"、"-"と"_"などの区別がつくよう階書体ではっきりとご記入ください。 @		
連絡先 (文書・学会誌送付先)	勤務先 ・ 自宅		(いずれかに○印をつけてください)
職 種	1. 医師 2. 歯科医師 3. 薬剤師 4. 獣医師 5. 保健師 6. 看護師 7. 栄養士 8. 診療放射線技師 9. 臨床検査技師 10. その他医療職 () 11. 企業 12. その他 ()		
最終学歴			
卒業年度 (和暦)	年度		
学 位			
専門領域			
学会誌への氏名公表	可 ・ 不可	学会HPへの 氏名公表	可 ・ 不可
医師認定資格	1. 臨床系認定医 () 2. 臨床系専門医 () 3. 産業医 () 4. その他 ()		

送付先: 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 FAX: 03-5413-0016

※お預かりした個人情報、当学会の個人情報取扱規定で定められている利用目的以外では使用いたしません。