

施設会員 変更届

1.~3.について、変更箇所の項目名を○で囲み、ご記入ください。(変更の無い箇所は記入不要です)

・変更届受付後(または「変更が生じた日」に記載した日付)、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、登録内容をご確認ください。

書面による登録完了通知が必要な方は、右欄にチェックを入れてください。

会員登録事項確認書
郵送希望

| | | | |
|---------------------|---------------|---------|-------|
| 記入日 | 年 月 日 | 変更が生じた日 | 年 月 日 |
| 会員番号 施設名 記入者名 | 会員番号： 施設名： | 記入者名： | |

1.施設会員情報 (施設長変更の場合は、前施設長名もご記入ください)

| | | | |
|---|--|-----|------------------|
| ふりがな | | | |
| 施設名 | | | |
| 住所 | 〒 - (都・道・府・県) | | |
| 電話番号 | FAX | | |
| メールアドレス | "0"と"〇"、"1"と"1"、"2"と"Z"、"ー"と"_"などの区別がつくよう楷書体ではっきりとご記入ください。 | | |
| 施設長 | 前施設長 | 氏名 | 会員番号 |
| | | 前役職 | 変更後役職 |
| | 新施設長 | 氏名 | |
| | | 役職 | 会員番号 (入金済の場合) |
| ※ 優良認定施設および優良認定取得希望施設の施設長は、本学会個人会員であることが必要です。 新施設長が個人会員でない場合は、個人会員の入会が必要となります。 ※ 前施設長が個人会員を退会される場合、「正会員・一般会員 退会届」の送付が必要となります。 | | | |

2.優良総合健診施設情報 (認定を受けている施設(A施設)のみ)

| | | | |
|---|--|-----|-----|
| 経営主体 | 経営主体の代表 | 役職： | 氏名： |
| 信頼性管理担当者 | 個人情報取扱責任者 | | |
| 優良認定事務 連絡担当者 ※全項目記入※ | 部署・役職： 氏名： 電話番号(直通)： メールアドレス(楷書体ではっきり記入)： | | |
| 移転・増築等 ○を付けてください | レイアウト変更 ・ 増築 ・ 建替 ・ 移転 新旧の平面図(変更箇所を新平面図にマーク)を事務局にご郵送ください。 | | |
| 詳細 | | | |
| ※ 優良総合健診施設認定を受けている施設(A施設)の場合、実査を行う場合があります。 その際、別途実査料(後日通知)が必要となりますので、ご了承のほどお願い申し上げます。 ※ 「事務連絡担当者メールアドレス」宛てに優良認定関連のお知らせを配信します。 | | | |

3.特定健診・特定保健指導 集合契約A情報(当学会をとりまとめ機関として契約を委任している施設のみ)

| | | |
|--------------------------|----------------|--|
| 健診・保健指導機関番号 | (新) | (旧) |
| 新・旧両方の機関番号を記入 | | |
| 実施機関情報 いずれかに○をつけてください | 変更無し | 「1.施設会員情報」と同じ内容で修正する。 (以下項目の記入は不要です。) |
| | | 個別に修正する。 (以下項目をご記入ください) |
| 実施機関名 | | |
| 住所 | 〒 - (都・道・府・県) | |
| 電話番号 | | |

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 センシア千駄ヶ谷ビル2階
 TEL:03-5413-4400 FAX:03-5413-0016

※お預かりした個人情報は、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。