日本医療経営機構 2024年度 医療経営人材育成プログラム

受講申込書

　　年　　月　　日

氏名(ふりがな)

医療機関名

所属部署　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　役職

〒

住所

TEL　　　　　　　　　　　　　　　　　　　FAX

E-mail

下記の（1）には年数を、（2）、（3）、（4）には当てはまる番号を、　　　に記入して下さい。

※全項目必ずご記入下さい。

（1）医療職、病院職員としての経験年数 年

（2）年代を下記から選択して下さい。

3. 30代以下、4. 40代　5. 50代　6. 60代　7. 70代以上

（3）賛助会員ですか：1.個人会員　2.施設会員、3.どちらでもない

（4）参考までにお伺いします。当プログラムを何でお知りになりましたか。

　　1. HP 2.案内ビラ　3.案内メール　4.案内FAX 5. 紹介　6.その他（　　　　　 　　　）

（5）当プログラム受講にあたっての志望理由と抱負について記載して下さい。

　　（当記載は、書類審査の参考資料になります。）

送付先：E-mail (office@iryo-keiei.or.jp)までお申し込み下さい。

メールに同じ内容を直接入力頂いても構いません。