



※送り状は不要です。

2019 年度 医師・歯科医師とメディカルスタッフのための栄養管理セミナー 参加申込書

下記記入欄のすべての項目にもれなくご記入の上、
FAX で上記送信先へお送りください。

→申込後、振込情報等を記載した「申込み完了通知」をメールにて返信します。

※読み取りやすい楷書体でご記入ください。

略字・簡易文字で記入されると受付が出来ない場合があります。

※2名様以上の申込をされる場合は、申込書をコピーしてご利用ください。

ホームページからもお申し込みいただけます
日本病院会ホームページからどうぞ。

<http://www.hospital.or.jp/>

▼参加者情報

フリガナ 姓：	フリガナ 名：	生年月日：(西暦でご記入ください) 年 月 日	性別： ○男性 ○女性
職種 (該当項目の '○' を '●' に塗りつぶしてください) ○医師 ○歯科医師 ○薬剤師 ○看護師 ○理学療法士 ○作業療法士 ○言語聴覚士 ○歯科衛生士 ○臨床検査技師 ○管理栄養士 ○その他の技術員 ○事務職員 ○その他 ()			
連絡先電話番号 (申込内容等の確認等でご連絡させていただきます) ハイフン (-) 不要です		連絡先 FAX 番号 ハイフン (-) 不要です	
参加者のメールアドレス 振込情報等を記載した「申込み完了通知」をお送りするのに使用します。必ずご記入ください。 @			

▼参加者所属施設情報

フリガナ 施設名：		
所在地： 〒 都道 市区 府県 郡町村	病床数： 床	
会員種別： ○日本病院会会員です ○非会員です	参加者の所属部課：	参加者の役職名：

※日本病院会の会員施設については <http://www.hospital.or.jp/member.html> で一覧をご確認いただけます。

▼個人情報等の使用に係る同意 (下記【個人情報等の取扱いに関して】に同意いただけましたらチェック願います。チェックがない場合は申し込みできません)

【個人情報等の取扱いに関して】

日本病院会主催 医師・歯科医師とメディカルスタッフのための栄養管理セミナーにおきまして、下記によりあなたの肖像 (受講風景、動画等の画像) ならびに個人情報を利用させていただきたく、内容をご確認のうえ、ご承諾いただきますようお願いいたします。なお、写真等の掲載および個人情報の取扱いについては、肖像権並びに個人情報保護の観点から本会として万全の措置を取らせていただきます。

1. 個人情報の利用目的について
肖像並びに個人情報の使用について一般社団法人日本病院会は、受講者からご提示いただいた名前、住所、電話番号、性別その他の受講者個人に関わる情報 (以下「個人情報等」) を、医師・歯科医師とメディカルスタッフのための栄養管理セミナーに関する受講者への連絡、受講者配布資料、厚生労働省への報告書および本会事業報告書にのみ利用させていただき、受講者の承諾なく、他の目的には利用いたしません。
2. 個人情報の第三者提供について
一般社団法人日本病院会は、医師・歯科医師とメディカルスタッフのための栄養管理セミナー受講に伴いお預かりした個人情報等を、以下のいずれかに該当する場合を除き、第三者へ提供、取り扱いを委託することはありません。(1) 業務委託会社に対して、受講者に明示した利用目的の達成のために必要な範囲で個人情報等の取扱いを委託する場合、(2) 法令の定めにより提供を求められた場合
3. 個人情報の開示等について
一般社団法人日本病院会は、個人情報等の開示、変更、削除の求めがあった場合には、受講者ご本人であることをご確認させていただいたうえで、すみやかに対応いたします。なお、この場合本セミナーでの一部受講が出来なくなることがありますのでご了承ください。

個人情報管理責任者

忘れずに

「日本病院会主催 医師・歯科医師とメディカルスタッフのための栄養管理セミナー 個人情報等の取扱いに関して」に同意します。

同意しません。