

第 12 回 医療情報システム監査人試験申込書(願書)

□は、該当する欄に☑印をして下さい。裏面に受験料の振込証のコピーを貼付願います (のり付け)。

個人情報の同意	別紙「個人情報の取り扱いについて」の内容について			<input type="checkbox"/> 同意する	<input type="checkbox"/> 同意しない
受験場所	<input checked="" type="checkbox"/> 東京				
フリガナ			性別	<input type="checkbox"/> 男	<input type="checkbox"/> 女
氏名	(姓)	(名)	生年月日	<input type="checkbox"/> 昭和 年 月 日 (才) <input type="checkbox"/> 平成	
住所(自宅)	〒 -				
電話番号	()	FAX 番号	()		
日中連絡の取れる電話番号	()	E-mail	@		
勤務先・学校名等			所属部署		
試験免除 *必ず合格証(認定証)のコピーを同封願います	<input type="checkbox"/> 免除なし	免除科目 <input type="checkbox"/> 医療情報システム			
	取得資格*	<input type="checkbox"/> 医療情報技師 <input type="checkbox"/> 上級医療情報技師			
業務内容分類コード	<input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> ¹⁾	()			
勤務先分類コード	<input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> ²⁾				
勤務形態コード	<input type="checkbox"/> ³⁾				
学会等会員情報	<input type="checkbox"/> 日本医療情報学会の会員 <input type="checkbox"/> システム監査学会の会員 <input type="checkbox"/> 医療情報安全管理監査人協会の会員 <input type="checkbox"/> その他の学会の会員 ()				
備考(事務局使用)					
	受付番号	受験番号	合格番号		

(別表1)「業務内容・勤務先・勤務形態分類コード表一覧(講習・試験)」*

- 1) I. 業務内容分類コード表を参照下さい。
- 2) II. 勤務先分類コード表を参照下さい。
- 3) III. 勤務形態分類コード表を参照下さい。

*本コード表の著作権は、一般社団法人日本医療情報学会に帰属します。

(別紙)

個人情報の取り扱いについて

当財団では、医療情報システム監査人試験（以下、「試験」という）の受験者様の個人情報を以下のように取り扱います。内容をご確認いただき、同意の上、申し込みいただきますようお願い申し上げます。

1. 利用目的

1. 試験の受験手続きのため
2. 試験の合否判定のため
3. 医療情報システム監査人に関連する情報提供のため

2. 任意性

上記利用目的のうち、同意しがたい事項がある場合にはその旨をお申し出下さい。ただし、試験業務に支障が出るのが予想される場合は、受験をお断りする場合があります。

3. 個人情報の権利について

ご提供いただいた個人情報について、皆様には以下のことについて請求する権利があります。請求を行ないたい場合は、下記「個人情報お問い合わせ窓口」までご連絡ください。

①利用目的の通知 ②開示 ③訂正、追加又は削除 ④利用の停止、消去又は第三者への提供の停止

4. 法人名及び個人情報保護管理者

一般財団法人医療情報システム開発センター 総務経理部長

5. 個人情報苦情・相談受付窓口

一般財団法人医療情報システム開発センター 総務経理部

電話：03-3267-1921