

第 13 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 type="checkbox"/> 東京 <input type="checkbox"/> 大阪 | | |
| 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