

理事長 殿  
病院長 殿  
事務長 殿

一般社団法人 日本病院会  
会長 相澤 孝夫  
診療情報管理士教育委員会  
委員長 武田 隆久

## 診療情報管理士通信教育第92期生募集について

拝啓 時下ますますご清栄のこととお慶び申し上げます。

本会諸事業については、格別のご協力、ご指導を賜り厚く御礼申し上げます。

さて、本会で実施しております診療情報管理士通信教育は、昭和47年に診療録管理士の養成課程として開講し、平成8年には診療情報管理課程通信教育、そして平成21年には診療情報管理士通信教育と名称を変更し、「診療情報管理士」認定者合計33,306名（平成29年4月現在）が全国各地の医療機関等で活躍しているところであります。

今般、第92期生を下記により募集することといたします。

今後、診療情報管理士は、診療録を高い精度で機能させ、そこに含まれるデータや情報を加工、分析、編集し活用することにより医療の安全、質の向上および病院の経営管理に寄与することはもとより、診療報酬の請求、査定、経営管理のうえでも、大変重要な役割を果たす職種です。

貴院におかれましては、業務ご多忙のことと存じますが、職員の受講にご高配賜りますよう宜しくお願い申し上げます。

敬具

### 記

1. 開講月日 平成30年1月1日
2. 申込締切 平成29年11月30日（必着）
3. 申込方法 指定の申込用紙、履歴書（写真貼付）等に必要事項をご記入のうえ、  
日本病院会 通信教育課  
〒102-8414 東京都千代田区三番町9-15までお申込みください。
4. 修業期間 2年（基礎課程、専門課程各1年）
5. 受講料 基礎課程、専門課程ともそれぞれ1年 100,000円（消費税込）  
受講受理通知を受けてから納入のこと。既納の受講料は返却しない。  
受理通知は、平成29年12月中旬頃発送します。
6. 募集定員 1,000名（先着順）
7. 「診療情報管理士」資格認定機関
  - ・ 四病院団体協議会
    - 日本病院会 全日本病院協会
    - 日本医療法人協会 日本精神科病院協会
  - ・ 医療研修推進財団

※ 平成8年に診療録管理士から診療情報管理士へ名称変更。今期、診療録管理士育成として通算第92期、診療情報管理士育成として第44期。

※ 年2回（1月、7月）募集実施のため、1月入講生は後期カリキュラムから、7月入講生は前期カリキュラムからの開始となる。

「診療情報管理士」の認定を受けるためには、本通信教育の全課程を修了後、認定試験（毎年2月開催）を受験しなければならない。（募集要項参照）

このたび診療情報管理士通信教育を受講いたしたく、履歴書(様式2)、個人情報等の取り扱いに  
関して(様式4)を添え申し込みます。

<記入に関する注意>

- ・写真を必ず貼付してください
- ・黒のボールペンを使用し、楷書体で丁寧に記入してください
- ・口は黒く塗りつぶしてください (良い例: ■ 悪い例: ☑)
- ・フリガナの濁点、半濁点は1マス使用して記入してください

申込書記入日	平成	2	9	年		月		日
--------	----	---	---	---	--	---	--	---

お名前に旧字体はありますか? ある ( ) ない ※旧字体は証状発行時のみに使用します。  
(通常の郵便物等は新字体となります)

<写真貼付>

1. 縦 4cm × 横 3cm
2. 本人単身、上半身  
正面脱帽カラー写真  
(白黒不可)
3. 申込日から3ヶ月以  
内に撮影
4. 裏面に氏名生年月  
日を記載

	姓	名	捺印
フリガナ(カタカナ)			印
氏名 *旧字体等正確にご記入ください			
性別	<input type="checkbox"/> 男 <input type="checkbox"/> 女		
生年月日(西暦)		年	月 日

自宅住所	〒							
マンション・アパート								
自宅電話番号								
携帯電話番号								
自宅 e-mail *ブロック体で記入	@							

勤務先(派遣先)名								
勤務先(派遣先)所属								
勤務先(派遣先)住所	〒							
勤務先(派遣先)ビル								
勤務先(派遣先)電話番号								内線
勤務先(派遣先)e-mail *ブロック体で記入	@							
派遣元会社名 *派遣社員の場合のみ記入								

専門課程編入資格 ※専門課程に編入する場合は、 必ず該当箇所をチェックしてくださ い。(注1)	<input type="checkbox"/> 医師 <input type="checkbox"/> 歯科医師 <input type="checkbox"/> 看護師(保健師、助産師) <input type="checkbox"/> 薬剤師 <input type="checkbox"/> 診療放射線技師 <input type="checkbox"/> 臨床検査技師 <input type="checkbox"/> 理学療法士 <input type="checkbox"/> 作業療法士 <input type="checkbox"/> 視能訓練士 <input type="checkbox"/> 言語聴覚士 <input type="checkbox"/> 歯科衛生士 <input type="checkbox"/> 歯科技工士 <input type="checkbox"/> 臨床工学技士 <input type="checkbox"/> 義肢装具士 <input type="checkbox"/> 救急救命士 <input type="checkbox"/> あんまマッサージ指圧師 <input type="checkbox"/> はり師 <input type="checkbox"/> きゅう師 <input type="checkbox"/> 柔道整復師
その他お持ちの医療系資格	

現在の仕事内容	<input type="checkbox"/> 診療情報管理(医療情報) <input type="checkbox"/> 総務 <input type="checkbox"/> 会計(経理) <input type="checkbox"/> 人事労務管理 <input type="checkbox"/> 施設管理 <input type="checkbox"/> 地域連携 <input type="checkbox"/> 医事 <input type="checkbox"/> DPC <input type="checkbox"/> 用度 <input type="checkbox"/> 医師事務作業補助 <input type="checkbox"/> その他 _____
---------	---

郵便物送付先(1つ選択)	<input type="checkbox"/> 勤務先 <input type="checkbox"/> 自宅
日中電話連絡先	<input type="checkbox"/> 勤務先 <input type="checkbox"/> 自宅 <input type="checkbox"/> 携帯

- (注1) 専門課程への編入資格について  
該当資格を有する方は、様式3に記入し  
添付すること。
- (注2) 受講料の納入は「受講受理通知」受領後すみやかに  
納入すること。

※ 診療情報管理士通信教育受講申込書、履歴書、専門課程編入資格の免許登録番号に記入された個人情報は以下の目的に使用します。  
診療情報管理士通信教育入講および受講、受講中の連絡





## 個人情報等の取り扱いに関して

日本病院会 診療情報管理士通信教育におきまして、下記によりあなたの肖像（受講風景の写真および動画等の画像）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り扱いについては、肖像権なら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。

### 記

#### 1. 個人情報の利用目的について

肖像なら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、日本病院会 診療情報管理士通信教育に関する受講者への連絡、受講者管理、修了証等の作成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、診療情報管理士通信教育の入講に伴い、お預かりした個人情報等を、以下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。

- ・業務委託会社に対して、修了証の作成、月報等送付物の発送を委託する場合

#### 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。ただし、入講後は、原則、個人情報等を含む受講申込書類一式の返却はいたしません。

#### 4. 個人情報の提供の任意性について

個人情報の提供がされない場合は、受講することは出来ません。

<個人情報保護管理者> 大道 道大

以 上

「個人情報等の取り扱いに関して」に同意いただけましたら、以下の承諾書にご自署願います。

平成29年10月1日

一般社団法人 日本病院会  
診療情報管理士教育委員会  
委員長 武田 隆久

〒102-8414 東京都千代田区三番町9-15  
通信教育課連絡先 TEL 03-5215-6647

## 個人情報等の使用に係る同意書

「日本病院会 診療情報管理士 通信教育 個人情報等の取り扱いに関して」に同意します。

平成 29 年 月 日

ご署名： \_\_\_\_\_