ＪＡＨＩＳ総務　宛　（Mail：touroku@jahis.jp FAX:03-3506-8010）

　　　　　　　　　　　　　　　　　　　申込日：　　年　　月　　日

**一般社団法人　保健医療福祉情報システム工業会**

**新規登録申請**

**１．新規登録者情報**

|  |  |
| --- | --- |
| 会社名 |  |
| ふりがな氏名 |  |
|  |
| 所属部署\* |  |
| 役職 |  |
| 電話番号 |  |
| Ｅメールアドレス\* |  |

\* 所属部署は25文字以内でお願いします。

\* Ｅメールアドレスは、社内グループメールアドレスの登録はできません。会社個人のアドレスを記入してください。

登録が完了しますと、登録者様宛にＩＤ／ＰＡＳＳが通知されます。

ＩＤ／ＰＡＳＳで会員サイトにサインインしていただき「ＭｙＰａｇｅ」をご確認ください。

登録変更や委員会参加などは「ＭｙＰａｇｅ」のプロフィールより行ってください。

**２．その他、連絡事項がありましたらご記入ください。**

|  |
| --- |
|  |

JAHIS事務局使用欄　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　（　　　　　）

変更年月日　：　　　　　年　　　月　　　日

|  |  |  |
| --- | --- | --- |
| 受付 | 総務担当 | ＤＢ担当 |
|  |  |  |