

(様式 1-1)

## 骨粗鬆症マネージャー認定申請書

西暦 \_\_\_\_年\_\_月\_\_日

一般社団法人日本骨粗鬆症学会理事長殿

私は、日本骨粗鬆症学会骨粗鬆症マネージャー認定を必要書類ならびに審査料を添えて申請いたします。

### 申請者

氏名 : \_\_\_\_\_

氏名フリガナ : \_\_\_\_\_

住所 : (〒 \_\_\_\_\_  
\_\_\_\_\_

E-mail アドレス : \_\_\_\_\_

生年月日 : 西暦 \_\_\_\_年\_\_月\_\_日

保有国家資格名 : \_\_\_\_\_

骨粗鬆症学会会員番号 : \_\_\_\_\_

\*学会未入会の方は本申請前に入会し、会員番号と暗証番号を取得して下さい。

骨粗鬆症マネージャーレクチャーコース受講歴

(受講は申請の必須要件です。)

受講済

次回受講予定 (参加受付済)

日本骨粗鬆症学会学術集会参加歴

(学術集会参加は申請の必須要件です。上記レクチャーコース受講とは別に必要です。)

参加済 . . . . . \_\_\_\_\_ 年開催学術集会参加

2018年～2021年の期間の参加証 (写し可) を提出下さい。

紛失した方は学会事務局までEメール(maf-josteo-manager@mynavi.jp)にて、

氏名・所属を記載の上お問合せ下さい。 問合せ時、照合確認番号 \_\_\_\_\_

次回学術集会参加予定

(9月9日までに必ず参加登録と参加費支払い、ID・パスワードの受領を完了させて下さい。)

(様式 1-2 に続く)

(様式 1-2)

### 現所属施設

施設住所 : (〒 \_\_\_\_\_)

施設名 : \_\_\_\_\_

電話番号 : \_\_\_\_\_

職位 : \_\_\_\_\_

施設分類 :  病院・ 診療所・ 介護サービス施設／事業所・ 薬局・  
 臨床検査センター・ 自治体・ 保健所・ 教育機関・  
 その他 ( \_\_\_\_\_ )

### 職務歴 (医療関連職務のみ)

職務開始年月日	職務終了年月日	所属施設名	職務内容・職位等

(個人情報は、本認定審査および各種お問い合わせの対応等の準備業務を円滑に進める目的、認定後の認定更新等会員管理目的のみに限って利用するものとします。)