

二次試験申込書 (論文)

令和 年 月 日

公益社団法人日本医業経営コンサルタント協会
会長 川原 丈貴 殿

住 所 _____

氏 名 _____ 印

指定講座・試験に関する手続細則第2条第3項第1号に基づく必要書類を添付し、

二次試験の申込みをします。

入会申込書(個人正会員)

年 月 日

公益社団法人日本医業経営コンサルタント協会
 会長 川原 丈貴 殿

私は、貴協会の事業に賛同し、正会員としての入会を希望します。

入会理由	
------	--

【個人情報の取り扱いについて】

当協会に入会のお申込みをいただくにあたりましては、別紙の「個人情報の取扱いについて」をお読みいただき、以下の口欄にチェック(✓)をいれて同意いただいたうえで下記の情報をご提供くださいますようお願い申し上げます。

私は、貴会の個人情報の取扱いについて同意いたします。

(↓太線枠内をご記入ください)

フリガナ			
申込者氏名			印 男・女
生年月日	年	月	日生()歳
フリガナ			
現住所※	〒 -		
	TEL ()	携帯 ()	
	E-mail	FAX ()	
現在の就業先(事業所)※	フリガナ 所属部署名 役職名		
	〒 -		
	TEL ()	携帯 ()	FAX ()
就業先の主たる業種に○印	ホームページ http:// E-mail		
就業先の主たる業種に○印	①医業経営コンサルタント業 ②その他のコンサルタント業 ③税務・会計 ④医療機関 ⑤医薬品製造業 ⑥医薬品卸売業 ⑦医療機器製造・販売業 ⑧設計 ⑨建設業 ⑩銀行・保険業 ⑪情報・通信業・⑫その他		
通信先※	1. 現住所 2. 事業所		
医業経営コンサルタント業務に関連する資格			
協会の認定継続研修団体	【以下の団体に所属している場合は、その団体名を○で囲んでください。※1つのみ】 ①全国医療専門経営会計人会 ②メディカル・マネジメント・プランニング・グループ ③社会・特定医療法人協議会 ④日本創造経営協会 ⑤医療経営総合研究協会 ⑥TKC 全国会医業・会計システム研究会 ⑦日本中小企業経営支援専門家協会 ⑧日本医療福祉建築協会 ⑨日本医療福祉設備協会		
添付書類	1. 誓約書 2. 履歴書 3. 住民票(マイナンバーの記載は不要です) 4. 登記されていないことの証明書 5. 写真1枚(縦4cm×横3cm)		
会員番号	No.		
	担当者	受付日	備考

※連絡先情報の記載がない場合は、当協会からのサービスが受けられない場合がありますので、ご注意ください。

誓約書

令和 年 月 日

公益社団法人日本医業経営コンサルタント協会
会長 川原 丈 貴 殿

住 所 _____

(フリガナ)
氏 名 _____ 印

この度、貴協会に入会するにあたり、次の事項を必ず誠実に履行することを誓約いたします。

1. 会員倫理基準を遵守すること

なお、医業経営コンサルタントに登録された場合には、さらに「認定登録 医業経営コンサルタント倫理基準」を遵守すること

2. 貴協会の会務運営及び支部の運営に協力すること

3. 故意又は過失により貴協会に財産上の損害を与え、又は社会的信用を毀損せしめた時は、貴協会に対して損害賠償責任を負担すること

医業経営コンサルタント二次試験に関する確約書

合格者の氏名公表と支部からの連絡についておたずねします。承諾の可否について、○印を付けてください。

1. 二次試験に合格した場合、当協会ホームページ及び機関誌 JAHMC (ジャーマック) において、二次試験合格者として氏名を公表することを

<input type="checkbox"/>	承諾する	<input type="checkbox"/>	承諾しない
--------------------------	------	--------------------------	-------

2. 二次試験に合格した場合、入会前に、貴殿の事業所所在地（都道府県単位）の当協会支部から、貴殿に連絡することを

<input type="checkbox"/>	承諾する	<input type="checkbox"/>	承諾しない
--------------------------	------	--------------------------	-------

- ・連絡は、通信先にいたします。「通信先」とは、入会申込書作成の際、貴殿が「協会からの送付物の宛先」として選択された「現住所」または「事業所」になります。
- ・連絡の目的は、認定登録 医業経営コンサルタントを目指していただくにあたり、当協会の活動内容等をご理解いただくためのご案内等を差し上げるためです。

令和 年 月 日

(署名)

氏 名 _____

印

FAX : 03-5275-6991

Mail : keiri@jahmc.or.jp

(公社) 日本医業経営コンサルタント協会 経理課

払込期限: 令和6年7月16日(火)

* 論文指導をお申込みの方は

令和6年5月27日(月)

「振込通知書」

二次試験審査料: 初めて二次試験(論文)を提出される方 : 15,000円

提出2回目以降の方(審査料を一度お支払いいただいた方)は無料となります。

論文指導料: 5,000円

※印=必須項目

【振込通知書(お振込みについて)】			
・原則として、下記のいずれかの口座にお振込みのうえ、下記情報と共にご提出ください。			
振込予定のいずれかの口座を○で選んでください。 ※			
お振込みの際、通信欄がある場合は、お名前・振込内容(論文指導・論文審査)をお知らせください。			
A 郵便振替口座	B ゆうちょ銀行	C 三菱UFJ銀行	
00140-8-549669	0一九(ゼロイチキュウ)店 当座預金口座 0549669	市ヶ谷(イチガヤ)支店 普通預金口座 0524761	
【口座名】 公益社団法人日本医業経営コンサルタント協会			
振込日(予定) ※	令和 年 月 日		
振込金額 ※	該当する振込内容に○印を付してください。		
	論文指導料 5,000円	二次試験(論文)審査料 15,000円	論文指導料+ 二次試験(論文)審査料 20,000円
振込人名義 ※			
受験者氏名 ※	フリガナ 氏名:		
本振込に関する お問合せ先 ※	昼間連絡のつく電話番号:		
その他ご連絡事項	<input type="checkbox"/> 領収書希望 (宛名:) 送付先住所・ご担当者名等:		

● メールでご連絡の場合: メールアドレス(keiri@jahmc.or.jp)へお願いいたします。

メール記載内容

1. 氏名
2. 明細(二次試験料等)
3. 振込先金融機関名
(ゆうちょ銀行 、 三菱UFJ銀行)
4. 振込日
5. 振込金額
6. 振込人名
7. 問合せ先ご担当者
8. 問合せ先 TEL

「登記されていないことの証明書」の交付請求について

登記されていないことの証明書とは、法務局発行の後見登記等ファイルに記録されていないことを証明するもので、主に成年被後見人・被保佐人等に該当しないことを証明するものです。(3ヶ月以内のもの)

窓口申請の場合：東京法務局後見登録課、全国の法務局・地方法務局(本局)の戸籍課の窓口で申請手続きを行ってください。

郵送申請の場合：申請書に返信用封筒を同封して東京法務局後見登録課へ送付してください。申請書を郵送されてから証明書がお手元に届くまで約1週間～10日程度かかります。

※「登記されていないことの証明書」に必要な「証明事項」は、「成年被後見人、被保佐人とする記録がない。(後見・保佐を受けていないことの証明が必要な方)」になります。(本籍の記載があるもの)

申請用紙の出力等、交付請求の詳細については、下記URLをご参照ください。
http://houmukyoku.moj.go.jp/tokyo/static/i_no_02.html

見本 登記されていないことの証明書

氏名	日本 太郎	
生年月日	明治 大正 昭和 平成 西暦 <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input checked="" type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> 又は <input type="checkbox"/> 40年1月1日	
住所	都道府県名	市区郡町村名
	東 京 都	千代田区三番町
	9-15	
本籍	都道府県名	市区郡町村名
	東 京 都	千代田区三番町
<input type="checkbox"/> 国籍	9-15	

上記の者について、後見登記等ファイルに成年被後見人、被保佐人とする記録がないことを証明する。

本籍の記載があるもの。 必要な「証明事項」は、「成年被後見人、被保佐人とする記録がない。(後見・保佐を受けていないことの証明が必要な方)」です。

見 本

登記されていないことの証明書

① 氏 名	日本 太郎	
② 生年月日	明治 大正 昭和 平成 西暦 <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input checked="" type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> 又は <input type="checkbox"/> 40年1月1日	
③ 住 所	都 道 府 県 名	市 区 郡 町 村 名
	東 京 都	千代田区三番町
	9-15	
④ 本 籍	都 道 府 県 名	市 区 郡 町 村 名
	東 京 都	千代田区三番町
<input type="checkbox"/> 国籍	9-15	

本籍の記載があるもの

必要な「証明事項」は、「成年被後見人、被保佐人とする記録がない。(後見・保佐を受けていないことの証明が必要な方)」になります。

上記の者について、後見登記等ファイルに成年被後見人、被保佐人とする記録がないことを証明する。

令和△年△月△日

東京法務局 登記官

○ ○ ○ ○ ○

[証明書番号] 2021-×××B-1111

二次試験（論文）申込にあたってのチェックシート

自己チェック欄に○印を付けてご確認の上、提出書類と一緒にお願いします。

令和6年7月16日締切

※事務局記載欄

受付番号 ※事務局記載欄	
---------------------	--

過去の論文提出回数				回
提出日1	年	月	日	
提出日2	年	月	日	
過去の論文指導 有・無				

医業経営コンサルタント二次試験（論文）評価基準

自己 チェック欄	評価項目	評価基準	採点者評価欄	
			第1採点者	第2採点者
	問題意識	論題（テーマ）を選択した理由が問題点の提示とともに明らかにされているか。	A・B・C	A・B・C
	多方面・多面的理解	論題（テーマ）に対し、他の制度、基準・方法等と比較する等、幅広い立場で医業の特殊性等についての理解が示されているか。	A・B・C	A・B・C
	筆者の見解	論題（テーマ）に対し、筆者の見解（批評・主張等）を示し、医業経営コンサルタントとしての高い見識が貫かれているか。	A・B・C	A・B・C
	実用性	論旨が、医業経営の現場に適用またはその実用性に触れているか。	A・B・C	A・B・C
	整合性	文書構成上、「はじめ」、「中心となる内容」および「結び」の論旨が一貫して整合しているか。	A・B・C	A・B・C
	文献	他者の見解や既往データなどを適切に参考・引用しており、それらが参考文献および引用文献として正しく記載されているか。	A・B・C	A・B・C
	明瞭性	論文は明瞭にわかりやすく、誤字がなく記載されているか。	A・B・C	A・B・C

	自ら携わった事例（および自社が携わった事例）について記載している場合は、左の欄に○印をお付けください。 上記に該当しない場合は、空欄のままで結構です。		
--	--	--	--

採点者	氏名	総合評価「C」の理由	総合評価
第1採点者			A・B・C
第2採点者			A・B・C