●様式-1 お申込者情報

申請事項	入力対象者	方法
会員番号、氏名、生年月日、 メールアドレス、職種分類	全員必須	会員情報を自動反映 ※内容に変更がある場合は会員登録情報を 修正してからご対応ください。
受験票送付先	全員必須	
国家医療資格 (職種・資格番号・資格取得年月日)	全員必須	入力
職歴	医療施設に所属していない方のみ	
学会HP名簿への氏名掲載の可否	全員必須	