

医師事務作業補助技能認定試験

受験申込書

わたくしは医師事務作業補助技能認定試験を受験したく、右記の注意事項を確認し、同意のうえ、ここに受験料(9,000円)を添えて申込みいたします。

一般財団法人 日本医療教育財団 殿

申込日：西暦 20 年 月 日

該当する方を○で囲んでください												試験日					
初回受験・再受験 再受験の方は受験番号欄に 前回の受験番号を記入してください												西暦 20 年 月 日					
受験番号 ※左づめ												希望受験会場					
フリガナ												性別		生年月日			
氏名												男・女		西暦 年 月 日生 (昭和・平成 年)			
住所												※マンション(アパート)名・号室まで記入してください。					
教育・訓練団体等の名称												教育期間					
医療機関名 <small>※実務経験歴欄は実務経験で受験する方のみ記入のうえ、医療機関等からの「実務経験証明書」を添付してください。</small>												年 月～ 年 月 (年 カ月)					
												医師事務作業補助業務 実務在職期間					
受験資格証明 <small>医師事務作業補助教育歴 実務経験歴</small>												年 月～ 年 月 (年 カ月)					
												年 月～ 年 月 (年 カ月)					

※『医師事務作業補助技能認定試験のご案内』に記載されている内容を必ずご確認ください。

受付印	受領印

受験票 会場案内

【受験申込書記入上の注意事項】

- 記入の際には、黒のペンまたはボールペンを使用してください。
- 太枠内はすべて楷書ではっきりと記入してください。
- 希望受験会場欄には試験会場地域名を記入してください。
※会場の都合上、希望受験会場以外の会場をご案内する場合がございます。ご了承のうえお申込みください。
- 氏名はローマ字の使用はできません。カタカナで記入してください。
- 生年月日の年号は西暦と和暦の両方を記入してください。
- 医師事務作業補助教育歴欄は医師事務作業補助の教育を受けた団体(学校)名を記入してください。

【受験申込みに際しての注意事項】

- 受験申込書受理後は、試験日および受験会場の変更は認められません。
- 受験申込書に不備がある場合は、受理しないことがあります。
- 納入された受験料はいかなる場合も返還いたしません。
- 財団に登録されている教育団体等から一括で受験申込みした場合は、個人宛に送付される結果通知書とは別に当該教育団体等宛にも試験結果が送付されます。
- 実務経験で受験される方で再受験の場合、初回受験申込みから2年経過後は再度実務経験証明書を作成し添付してください。
- 受験申込書に記入された個人情報については、当該試験の運営管理、試験結果発送および主催団体からの『お知らせ』等をご送付させていただく場合に使用いたします。
※当財団の監督のもと、業務の一部を委託しております。