

一般財団法人 日本医療教育財団 殿

わたしは、医療事務技能審査試験（歯科）を受験したく、以下の内容および試験のご案内に記載されているすべての事項について確認しましたので、受験料の振込明細書を貼付して、申込みいたします。

1. 受験にあたり次の事項を厳守することに同意します。
 - ① 解答にあたっては、第三者の力を借りず、自身が習得した技能・知識に基づき解答します。
 - ② 試験問題著作者である日本医療教育財団の承諾を得ずに試験問題の複製、他者への試験問題の公開（インターネット掲載を含む）はいたしません。
2. 試験のご案内に記載の「個人情報の取扱いについて」に同意します。

申込日：西暦 20 年 月 日

※裏面の注意事項、記入要領を確認のうえ、お申込みください。

試験日 <small>*必ず記入してください。</small>	20 年 月 日		受験番号						
受験科目 (受験料)	<input type="checkbox"/> 初回受験		<input type="checkbox"/> 再受験 (再受験の方は上記受験番号欄に前回の受験番号を記入し、該当する下記項目に <input type="checkbox"/> をしてください。)						
	[3科目] <input type="checkbox"/> 7,700 円		[3科目の場合] <input type="checkbox"/> 7,700 円		[2科目の場合] <input type="checkbox"/> 6,200 円 <small>受験科目2箇所には <input type="checkbox"/> をしてください。</small>		[1科目の場合] <input type="checkbox"/> 3,100 円 <small>受験科目1箇所には <input type="checkbox"/> をしてください。</small>		
	受験科目 (科目免除受験申込の方のみ)								
		<input type="checkbox"/> 実技 I		<input type="checkbox"/> 学科		<input type="checkbox"/> 実技 II			
フリガナ									
氏名(署名) <small>*楷書ではっきりと記入してください。</small>									
生年月日	西暦 年 (和暦: 昭和・平成 年) 月 日生		<small>*西暦、和暦ともすべて記入してください。</small>						
現住所	〒 — — 都道府県		<small>*郵便番号は必ず記入し、番地・建物名・部屋番号・〇〇方まで漏れのないように正確に記入してください。受験票および試験問題は【転送不要】で郵送します。郵便局へ転送届を提出されている方はお届けができませんので、確実に届く住所を記入してください。</small>						
携帯電話番号	— — — — —		<small>*どちらか必ず記入してください。試験問題の発送の際に使用します。また、受験申込書の記載内容の確認等でご連絡をさせていただく場合がありますので、日中連絡が取れる電話番号を記入してください。</small>						
電話番号	— — — — —								
Eメールアドレス	@								
医療事務の受講経験	<input type="checkbox"/> あり 教育機関等の名称 ()		<input type="checkbox"/> なし						
医療事務の実務経験	<input type="checkbox"/> あり 医療機関の名称 ()		<input type="checkbox"/> なし						

受験料払込（振込）
証明貼付欄

振込明細書（コピー可）を貼付してください。
（はがれないようにしっかりと糊付けしてください。）

- ※受験者本人名で振込んでください。
- ※振込明細書は①振込日、②振込先、③振込金額、④振込人氏名の4点を確認させていただく際に使用します。残高表示がある場合の残高の消去・塗りつぶしは可能。インターネットバンキングで振込をされた場合は上記①～④の4点が表示されている受付完了画面をプリントアウトし、受験申込書と同封してください。
- ※この貼付欄より大きい場合は、受験申込書と同封してください。
- ※振込の際、受験者氏名の前に5桁の試験番号が必要です。試験番号の入力を忘れた場合は、振込明細書に手書きで5桁の試験番号を記入してください。（5桁の試験番号は、試験のご案内をご確認いただくか、裏面をご確認ください。）

受験料を教育団体で取りまとめてお申込の場合は
個人の貼付は不要

科目免除申請書貼付欄

前回試験結果通知書より
「科目免除申請書」をキリトリ
（コピー不可）貼付してください。

※はがれないようにしっかりと糊付けしてください。

受付印	受領印

入力

I. 医療事務技能審査試験・受験申込みに際しての注意事項

1. 試験科目免除制度は、3科目すべてを受験したうえで、免除の対象となります。
2. 受験申込後は、理由のいかんを問わず、試験日の変更および受験料の返還はいたしません。次回試験以降への繰り越しやキャンセルも認められません。
3. 再受験を希望される場合は、前回受験の試験結果通知を確認してからお申込みください。
4. 団体受験校として日本医療教育財団に登録されている教育団体から一括で受験申込みをした場合は、個人宛に送付される結果通知とは別に当該教育団体宛にも試験結果を送付します。
5. 受験申込書に記入された個人情報については、受験票・試験問題・試験結果の発送や試験実施に関する通知および日本医療教育財団からのお知らせ等を送付させていただく場合に使用いたします。
※日本医療教育財団の監督のもと、業務の一部を委託しております。

II. 医療事務技能審査試験・受験申込書記入要領

1. 受験申込書の記入にあたっては、下記記入要領を確認のうえ、黒の油性ボールペン（消せるボールペンは不可）を使用し、記入してください。記入内容に不備がある場合は、受理（受験）できないことがあります。
2. 楷書・ブロック体ではっきりと丁寧に記入してください。記入を誤った場合は、受験者本人が訂正箇所にて二重線を引き、訂正してください（訂正印不要）。
3. 受験申込書に記入された住所に基づき、「受験票」「試験問題」を【転送不要】で郵送します。郵便局へ転送届を提出されている方はお届けができませんので確実に届く住所を記入してください。

<受験申込書記入例>

試験日 <small>必ず記入してください。</small>	2022年5月29日		受験番号			
受験料	<input checked="" type="checkbox"/> 初回受験 <small>(3科目)</small> 7,700円	<input type="checkbox"/> 再受験 <small>(再受験の方は上記受験番号欄に前回の受験番号を記入し、該当する下記項目に☑をしてください。)</small> <small>(3科目の場合)</small> 6,200円	<input type="checkbox"/> 受験料2箇所は☑をしてください。 <small>(1科目の場合)</small> 7,700円	<input type="checkbox"/> 受験料1箇所は☑をしてください。 <small>(1科目の場合)</small> 3,100円	受験科目 <input type="checkbox"/> 実技Ⅰ <input type="checkbox"/> 学科 <input type="checkbox"/> 実技Ⅱ	
フリガナ	ニシザキ レイ					
氏名 <small>(漢字で必ず記入し、姓・名をそれぞれ記入してください。)</small>	西崎 玲					
生年月日	西暦 0000年(和暦: 昭和・平成 00年) 00月 00日生					
現住所 <small>(〒を必ず記入し、番地・建物名・部屋番号・〇〇までを正確に記入してください。) *郵便番号は必ず記入し、番地・建物名・部屋番号・〇〇までを正確に記入してください。 *受験料および試験問題は【転送不要】で郵送します。郵便局へ転送届を提出されている方はお届けができませんので確実に届く住所を記入してください。</small>	〒0000-0000 東京都 〇〇市 〇〇区 〇〇-〇〇 〇〇マンション 〇〇号室 〇〇様方					
携帯電話番号	0000-0000-0000					
電話番号	0000-0000-0000					
Eメールアドレス	XXXXXXXXXXXXXXXXX @ XXXXX.XX.XX					
医療事務の受験経験	<input type="checkbox"/> あり 教育機関等の名称 () せなし					
医療事務の実務経験	<input checked="" type="checkbox"/> あり 医療機関の名称 (〇〇〇〇 病院) <input type="checkbox"/> なし					

- ①希望する試験日を必ず記入してください。
- ②再受験の方は前回の受験番号を左づめて記入してください。「0」から始まる番号の方は「0」も含めて記入してください。初回受験の方は記入不要です。
- ③初回受験または再受験のいずれかに☑をし、該当する金額にも☑をしてください。再受験は、受験する科目に☑をしてください。
- ④氏名は略字を使用せず楷書で正確に記入してください。フリガナ・氏名ともアルファベットの使用はできません。また、氏名がひらがなやカタカナであってもフリガナ欄にフリガナを記入してください。
氏名の漢字は、字画をはっきりとわかるように、正しく記入してください。
漢字表記例…高、崎、令、令、邊、邊、吉、西、田 等
- ⑤郵便番号も必ず記入してください。番地・建物名・部屋番号・〇〇まで正確に楷書で記入してください。
・離島にお住まいの方は、当財団までお申込み前に必ずご連絡ください。
・試験問題のお届けは日曜日の午前指定となります。記入した住所が店舗兼住居や寮等で休業日にあたる場合、配達時に、休日による受取人不在と判断される場合があります。該当される方は、当財団までご連絡ください。
- ⑥電話番号または携帯電話番号のいずれかを記入してください。未記入の場合は、試験問題の発送ができません。
- ⑦Eメールアドレスは記載内容の確認や不測の事態の連絡先として使用させていただく場合があります。楷書で記入してください。
(「info@jme.or.jp」から発信しますので、メール受信ができるよう設定をお願いします。)

・〔試験申込受付期間〕 **当該試験日の2ヵ月前より、3週間前まで（当日消印有効）** ※教育団体を通してお申込みの場合は、教育団体の案内に従ってお申込みください。

※受験料の納入と受験申込書の送付（到着）の両方が完了しなければ申込完了となりません。

・〔受験料の振込先〕 **【普通預金口座】三菱UFJ銀行 神田支店 0091041** ※振込手数料はご本人負担となります。

※振込人名義の前に試験番号5桁（下記参照）を必ず入れてください。

・〔医療事務技能審査試験（歯科）の試験番号（5桁）〕

①試験月	1月	01	3月	03	5月	05	7月	07	9月	09	11月	11
②試験科目	医療事務【歯科】			6								
③受験申込書に記入した現住所の都道府県	北海道	01	茨城	08	富山	16	三重	24	島根	32	福岡	40
	青森	02	栃木	09	石川	17	滋賀	25	岡山	33	佐賀	41
	岩手	03	群馬	10	福井	18	京都	26	広島	34	長崎	42
	宮城	04	埼玉	11	山梨	19	大阪	27	山口	35	熊本	43
	秋田	05	千葉	12	長野	20	兵庫	28	徳島	36	大分	44
	山形	06	東京	13	岐阜	21	奈良	29	香川	37	宮崎	45
	福島	07	神奈川	14	静岡	22	和歌山	30	愛媛	38	鹿児島	46
		新潟	15	愛知	23	鳥取	31	高知	39	沖縄	47	

<振込例> ①試験月…5月 ②試験科目…医療事務【歯科】 ③都道府県…東京都の場合 → **05613**

⇒振込人欄に **05613サイダンハナコ** と入れる。（試験番号5桁と氏名の間にスペースは不要です。）

振込人欄確認メモ ※振込みの際の5桁番号のメモにご使用ください。

①試験月	②試験科目	③都道府県番号	受験者氏名（フリガナ）
	6		

※試験番号（5桁）の入力を忘れて受験料をお振込みされた場合は、振込明細書の余白に手書きで試験番号を記入のうえ、受験申込書に添付してください。

・〔受験申込書の送付先〕 **※送付前に今一度、記入欄の不備や貼付書類漏れがないかをご確認ください。**

〒101-0062 東京都千代田区神田駿河台 2-9 駿河台フジビュービル 6階
一般財団法人日本医療教育財団 医療事務(歯科)試験 受付係