

実務経験証明書様式
(医師事務作業補助技能認定試験)

実務経験証明書

氏 名

生年月日 年 月 日生

上記の者は、 年 月から 年 月まで 年 カ月間
当院において医師事務作業補助の実務に就き、また医師事務作業補助体制加算
に関する施設基準に基づく32時間以上の基礎知識習得の研修として、次の項
目の研修を修了していることを証明します。

[研修項目]

1. 医師法、医療法、薬事法、健康保険法等の関連法規の概要
2. 個人情報の保護に関する事項
3. 当該医療機関で提供される一般的な医療内容及び各配置部門における
医療内容や用語等
4. 診療録等の記載・管理及び代筆、代行入力
5. 電子カルテシステム（オーダーリングシステムを含む）

年 月 日

所在地

医療機関名

代表者名

印

電話番号

※上記5の電子カルテシステム（オーダーリングシステムを含む）が未導入である医療
機関であっても、電子カルテシステム（オーダーリングシステムを含む）の基礎知識
を習得している場合は受験資格に該当することとする。