

全国医療福祉教育協会主催 認定実務者試験 受験願書

願書記入例

◆事前に本小冊子をお読みいただき、下記本枠内に必要事項を記入、または該当項目に○をつけてください。出願後の変更はできません。ご了承ください。
 認定機関の通信講座を受講されている方はこの受験願書を使用せず、教材に同梱されている受験申込書をご使用ください。

必須	試験名	必須	試験日	時間・90分(会場受験の場合のみ)
○	医療事務認定実務者®試験	平成	□年□月□日(日)	13時30分～15時00分
	調剤事務認定実務者試験	平成	年 月 日()	時 分 ～ 時 分
必須	受験区分	一般受験(1試験 5,000円)		団体受験(1試験 4,500円)

法令年度(一般受験の方のみご記入ください。)*2年ごとに法改正となります。	平成28年度	○	平成30年度
---------------------------------------	--------	---	--------

受験料振込日または振込予定日(一般受験の方のみご記入ください。振込先は4ページ参照) 月 日

姓	いりよう	はなこ	性 別	生年月日
必須	氏 名	医 療 花 子	男 ・ (女)	西暦 1991 年 3 月 10 日生
	〒 160 - 0023			アパート・マンション名までご記入ください。
必須	住 所	東京 (都道府県) 新宿 (市区郡) 西新宿7-8-10	オークラヤビル4階	
必須	電話番号	03 - 5925 - 6548	学習経験	なし ・ (あり)(学習施設 医療○○スクール)
	メールアドレス	info@iryoushikaku.jp		
	職 業	学生・医療関連職・医療関連職以外の社会△主婦・主夫・求職中・その他 ()		

◆認定機関記入欄

団体名	団体コード	団体使用欄
-----	-------	-------